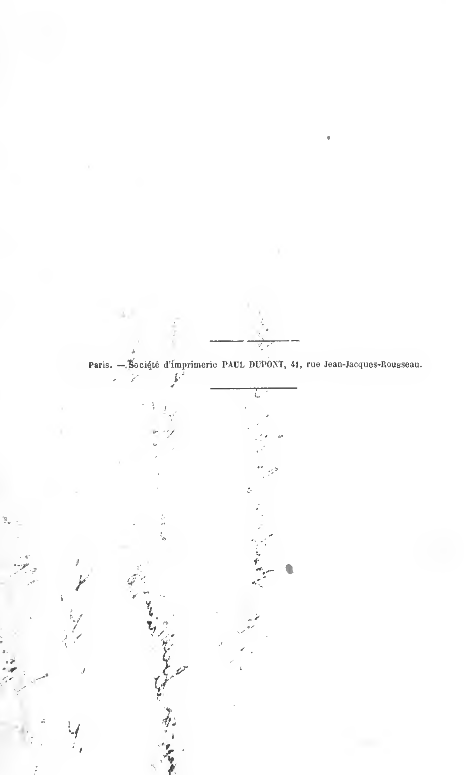
BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

0 1 2 3 4 5 (cm)



Paris. — Société d'imprimerie PAUL DUPONT, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

M. HORTELOUP
Secrétaire général

ET

MM. LE DENTU ET NICAISE
Secrétaires annuels



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Boulevard Saint-Germain et rue de l'Éperon

EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1882

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

René Duval, fondateur d'un prix annuel de 100 francs.

Edouard Laborie, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc Gerdy, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles Huguier, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs destinée à favoriser les publications scientifiques de la Société.

Demarquay, fondateur d'un prix biennal.

Paul Guersant, — Lenoir, — Payen, — Velpeau, — Gerdy, — baron Larrey, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION.

MM.

1844. — A. Bérard.
1845. — Michon.
1846. — Monod.
1847 — Lenoir.
1848. — Robert.
1849. — Cullerier.
1850. — Deguise père.
1851. — Danyau.
1852. — Larrey.
1853. — Guersant.
1854. — Denonvilliers.
1855. — Huguier.
1856. — Gosselin.
1857. — Chassaignac.
1858. — Bouvier.
1859. — Deguise fils.
1860. — Marjolin.
1861. — Laborie.
1862. — Morel-Lavallée.
1863. — Depaul.

MM.

1864. — Richet.
1865. — Broca.
1866. — Giraldès.
1867. — Follin.
1868. — Legouest.
1869. — Verneuil.
1870. — A. Guérin.
1871. — Blot.
1872. — Dolbeau.
1873. — Trélat.
1874. — Maurice Perrin.
1875. — Le Fort.
1876. — Houel.
1877. — Panas.
1878. — Félix Guyon.
1879. — S. Tarnier.
1880. — Tillaux.
1881. — de Saint-Germain.
1882. — Léon Labbé.

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE.

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1882

Président	MM.	LÉON LABBÉ.
Vice-président		GUÉNIOT.
Secrétaire général		HORTELOUP.
Secrétaires annuels		NICAISE et PERIER.
Trésorier		BERGER.
Archiviste		TERRIER.

MEMBRES HONORAIRES.

MM. Blot.
Boinet.
Bouley (H.).
Cloquet (J.).
Deguise.
Depaul.
Forget.
Gosselin.
Guérin (Alphonse).
Larrey (baron).
Le Fort (Léon).
Legouest.
Maisonneuve.
Marjolin.
Monod.
Perrin (Maurice).
Panas.
Paulet.
Richet.
Ricord.
Simonin, de Nancy.

MEMBRES TITULAIRES.

MM. Anger (Théophile).
Berger.
Chauvel.
Cruveilhier.
Delens.
Desormeaux.
Desprès.
Dubrueil.
Duplay.
Farabeuf.
Gillette.
Giraud-Teulon.
Guéniot.
Guyon (Félix).
Horteloup.
Labbé (Léon).
Lannelongue.

MM. Le Dentu.
Lucas-Championnière.
Magitot.
Ch. Monod.
Nepveu
Nicaise.
Perier.
Polaillon.
Pozzi.
de Saint-Germain.
Sée (Marc).
Tarnier.
Terrier.
Terrillon.
Tillaux.
Trélat.
Verneuil.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

MM. Angelet, à Vailly-sur-Aisne (Aisne).
Arlaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon.
Aubrée, professeur à l'École de médecine de Rennes.
Avat (d'), chirurgien de l'hospice d'Aix (Savoie).
Azam, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Azéma, à l'île de la Réunion.
Baizeau, médecin inspecteur de l'armée.
Baudon, de Nice.
Beau, à Brest.
Benoit, professeur à la Faculté de Montpellier.
Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde, à Pauillac.
Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine.
Boeckel (Jules), à Strasbourg.
Bœckel (Eugène), à Strasbourg.
Boissarie, à Sarlat.
Bouchacourt, professeur à l'École de médecine de Lyon.
Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.
Bourgeois, à Étampes (Seine-et-Oise).
Bourguet, chirurgien de l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).
Cazin, à Boulogne.
Champenois, médecin principal de l'armée.
Chapplain, professeur à l'École de médecine de Marseille.
Chedevergne, professeur à l'École de médecine de Poitiers.
Chipault, à Orléans.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
Colson, à Noyon.
Combalat, professeur à l'École de Marseille.

MM. Courty, professeur à la Faculté de Montpellier.
Cras, professeur à l'École navale de Brest.
Dauvé, médecin principal de l'armée.
Debrou, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.
Decès (J.-B.), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims.
Delacour, directeur de l'École de médecine de Rennes.
Delore, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon.
Denucé, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Desgranges, professeur à l'École de médecine de Lyon.
Devalz, à Bordeaux.
Dezanneau, professeur à l'École de médecine d'Angers.
Diday, ex-chirurgien de l'Antiquaille à Lyon.
Drouineau, chirurgien des hôpitaux civils de La Rochelle.
Duboué, chirurgien à Pau.
Dubreuilh (Ch.), chirurgien de la Maternité de Bordeaux.
Duménil, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
Duplouy, professeur à l'École navale de Rochefort.
Ehrmann, à Mulhouse.
Faucon, à Lille.
Fleury, professeur à l'école de Clermont.
Gaujot, professeur au Val-de-Grâce.
Gayet, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon.
Gross, professeur à la Faculté de Nancy.
Herrgott, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Heurtaux, professeur adjoint à l'École de médecine de Nantes.
Houzé de l'Aulnoit, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Houzelot, chirurgien en chef de l'hôpital de Meaux.
Hue (Judes), à Rouen.
Jouon, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lannelongue, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Larger, Maisons-Laffitte.
Letiévant, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
Lizé, chirurgien de la Maternité du Mans.
Mascarel, à Châtellerault (Vienne).
Maunoury, chirurgien honoraire de l'hôpital de Chartres.
Maunoury, (Gabriel), chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Michel, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Mollière (Daniel), chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, chirurgien au Mans.
Mourlon, médecin-major de l'armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ollier, professeur à la Faculté de Lyon.
Oré, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.

MM. Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Paquet, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Parise, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Patry, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire).
Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, en Provence.
Pilate, chirurgien adjoint de l'hôpital d'Orléans.
Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Poinsot, Bordeaux.
Poncet, médecin-major de l'armée.
Pravaz, à Lyon.
Prestat, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Pontoise.
Puel, à Figeac.
Raimbert, à Châteaudun.
Rochard, inspecteur général de la marine à Paris.
Ribell, chirurgien de l'hospice de la Grave à Toulouse.
Roux, de Marilles.
Salmon, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Sarazin, médecin-major de l'armée.
Sédillot, membre de l'Institut (Académie des sciences), professeur honoraire de la Faculté de Strasbourg (Paris).
Silbert, à Aix.
Spillmann, médecin-major de l'armée.
Stolz, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.
Surmay, à Ham.
Tholozan, médecin principal de l'armée (Perse).
Thomas (Louis), à Tours.
Vast, Vitry-le-Français.
Védrènes, médecin principal de 1re classe de l'armée.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).
Vibert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Puy.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS.

---

6 janvier 1864..... — ADAMS-ROBERT, Dublin
11 janvier 1882..... — ARLT, Vienne.
11 août 1875....... — BOWMANN, Londres.
7 janvier 1880.... — DEROUBAIX, Liège.
5 janvier 1870 .... — DONDERS, Utrecht.
5 janvier 1870 .... — HELMHOLTZ.
30 juillet 1856 ..... — LANGENBECK, Berlin.
7 janvier 1880 .... — LISTER, Londres.
10 janvier 1877..... — LONGMORE, Netley-Southampton.
10 janvier 1877..... — MICHAUX, Louvain.
6 janvier 1864..... — PAGET (James), Londres.
30 juillet 1856...... — PORTA, Pavie.
11 août 1875....... — RIZZOLI, Bologne.
6 juillet 1859 ..... — SCANZONI, Wurzbourg.
3 janvier 1866..... — VANZETTI, Padoue.
11 janvier 1882..... — WELLS (SPENCER), Londres.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

10 janvier 1877..... — Albert, Vienne.
10 janvier 1877..... — Amabile, Naples.
11 janvier 1882..... — Annandale, Edimbourg.
8 janvier 1868..... — Barbosa, Lisbonne.
13 janvier 1869..... — Bardeleben, Berlin.
26 novembre 1845. — Bassow, Moscou.
31 décembre 1862.. — Back, Fribourg-en-Brisgau.
8 janvier 1879..... — Bigelow, Boston.
31 octobre 1851.... — Birkett, Londres.
3 janvier 1865..... — Billroth (Th.), Vienne.
6 juillet 1859...... — Blasius, Halle.
17 septembre 1851. — Borelli, Turin.
10 janvier 1877.. .. — Bryant, Londres.
3 janvier 1865..... — Brown-Sequard.
13 janvier 1869.... — Broodhurst, Londres.
13 janvier 1864.... — Bruns (Victor), Tübingen.
mars 1867..... . — Buren (Van), New-York.
22 décembre 1852.. — Burgrœve, Gand.
31 décembre 1861... — Coote (Holmes), Londres.
31 décembre 1862.. — Cornaz, Neufchâtel.
11 août 1875....... — Corradi, Milan.
6 juillet 1859...... — Crede, Leipzig.
3 juin 1857 .... — Crocq, Bruxelles.
3 janvier 1865.... — Emmert (F. G.), Berne.
8 janvier 1862..... — Esmarch, Kiel.
6 juillet 1859 ..... — Fabri, Ravenne.
9 octobre 1853.... — Fleming, Dublin.
6 juillet 1859..... — Friedberg (H.), Berlin.
9 janvier 1879..... — Galli, Lucques.
13 janvier 1864. .. — Gamgee (Samson), Birmingham.
13 janvier 1869.... — Gautier, Genève.
13 janvier 1864.... — Gherini, Milan.

9 janvier 1879 .... — GRITTI, Milan.
3 janvier 1865.... — GURTL (E.), Berlin.
29 août 1855....... — HAMMER, Saint-Louis (Missouri).
26 décembre 1855.. — HANNOVER, Copenhague.
15 septembre 1852. — HEWETT (Prescott), Londres.
30 octobre 1854.... — HEYFELDER (fils), Saint-Pétersbourg.
3 janvier 1865..... — HOLMES, Londres.
2 janvier 1865.... — HUMPHRY (G. M.), Cambridge.
31 décembre 1862.. — HUTCHINSON (J.), Londres.
13 janvier 1869.... — KRASSOWKI, Saint-Pétersbourg.
6 juillet 1859...... — LARGHI, Bologne.
6 juillet 1859...... — MAC-LEOD, Glascow.
22 octobre 1856.... — MAYOR (fils), Genève.
8 janvier 1868..... — MAZZONI, Rome.
13 janvier 1864.... — MELCHIORI (Giovanni), Milan.
3 janvier 1865.... — NEUDÖRFER, Prague.
8 janvier 1868.... — PEMBERTON, Birmingham.
8 janvier 1862.... — PIACHAUD, Genève.
4 octobre 1848.... — PITHA, Prague.
6 juillet 1859.. ... — RIED, Iéna.
9 janvier 1878.... — REVERDIN, Genève.
7 janvier 1880.... — ROSE, Zurich.
11 août 1875....... — ROUGE, Lausanne.
7 janvier 1880.... — SABOIA, Rio-Janeiro.
2 janvier 1856.... — SAND-COX, Birmingham.
31 décembre 1862.. — SANGALLI, Pavie.
10 janvier 1877.... — SAXTORPH, Copenhague.
31 décembre 1862.. — SIMON (Gust.), Rostock.
mars 1867....... — SIMON (John), Londres.
3 janvier 1865.... — STEPHEN-SMITH, New-York.
6 juillet 1869 ..... — SOUPART, Gand.
31 décembre 1862.. — SPERINO (Casimir), Turin.
31 décembre 1862.. — TESTA, Naples.
6 juillet 1869...... — THOMPSON (Henry), Londres.
7 janvier 1880..... — TILANUS, Amsterdam.
11 janvier 1882..... — ZANCAROL, Alexandrie (Égypte).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La Société de chirurgie dispose de quatre prix : LE PRIX DUVAL, LE PRIX LABORIE, LE PRIX GERDY et LE PRIX DEMARQUAY ; *les deux premiers sont annuels, les deux derniers sont biennaux.*

Le prix DUVAL a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante: « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde à titre d'encouragement un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie, publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. »

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1881 jusqu'au 1er novembre de l'année 1882 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1882.

Le prix Édouard LABORIE a été fondé par madame veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris en 1868 les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires ; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Aux termes du testament, la Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents.

La Société a décidé que la question serait toujours donnée deux années à l'avance, et que, d'ailleurs, les compétiteurs devraient se soumettre aux règles déjà adoptées pour le prix Laborie.

Le prix Demarquay a été fondé par Jean-Nicolas Demarquay, qui a légué à la Société de chirurgie une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal. Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance.

Après un rapport du Secrétaire général, lu en comité secret, le 16 décembre 1874, la Société a également décidé que *les membres titulaires* de la Société de chirurgie de Paris seraient *seuls exclus* des concours pour les prix Laborie et Gerdy.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Art dentaire. — Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale. — Écho de la presse médicale française et étrangère. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette obstétricale de Paris. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques.— Médecine contemporaine.— Moniteur thérapeutique. — Mouvement médical. — Progrès médical. — Recueil d'ophtalmologie. — Revue de thérapeutique médico-chirurgicale. — Revue scientifique de la France et de l'étranger. — Revue médicale de l'Est. — Sud médical. — Tribune médicale. — Union médicale. — Union pharmaceutique.

Alger médical. — Bordeaux médical. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du Nord de la France. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Gazette médicale de Bordeaux. — Gazette médicale de Strasbourg. — Journal de médecine de l'Ouest. — Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure. — Lyon médical. — Mémoires de la Société de médecine de Nancy. — Marseille médical. — Montpellier médical. — Revue médicale de Toulouse. — Société médicale de Reims. — Revue médicale et pharmaceutique du Midi.

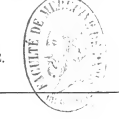
Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Centralblatt für Chirurgie. — Annales de la Associacion Larrey (Mexico). — The Boston Medical and Surgical Journal.—British Medical (London).—Comptes rendus de la Société de chirurgie de Moscou.— Gazzetta medica italiana lombardia (Milan). — L'Independente (Florence). — The Practitioner (London). — Medicinische chirurgische Rundschau (Vienne). — Medicinische Wiener Wochenschrift.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

NOUVELLE SÉRIE.



Séance du 4 janvier 1882.

Présidence de M. de Saint-Germain.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris ;

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Archives de médecine. — Bulletin de thérapeutique. — Lyon médical. — Revue militaire. — Revue de Toulouse. — Journal de médecine. — Revue médicale.*

3° *Gazette médicale italienne-lombarde. — Bulletin de l'Académie royale de Belgique.*

4° Une lettre de M. Mehu, pharmacien de la Charité, protestant contre les observations que M. Berger a faites contre le chloroforme des hôpitaux.

5° M. Guéniot offre à la Société de chirurgie, de la part de M. Eustache de Lille, un ouvrage intitulé : *Les vacances du médecin au congrès médical international de Londres.*

M. le président annonce que M. Charles Dubreuilh, de Bordeaux, assiste à la séance.

Suite de la discussion sur la colotomie lombaire.

M. Verneuil. Outre l'opération de l'anus artificiel par la méthode de Littre ou par celle de Callisen, le chirurgien a une troisième ressource à sa disposition, quand il se trouve aux prises avec un rétrécissement quelconque de la partie inférieure du gros intestin, c'est la rectotomie.

L'obstacle est-il placé trop haut pour que cette opération soit praticable, il faut choisir entre le procédé de l'anus lombaire et celui de l'anus iliaque. Quand l'obstacle est au-dessus de la fosse iliaque, l'anus lombaire s'impose; autrement on peut tout aussi bien donner la préférence à l'opération de Littre.

S'il est vrai que, par l'opération de Callisen, on évite la blessure du péritoine, on sait qu'une plaie péritonéale faite dans ces conditions n'a rien de bien redoutable; par contre, l'anus lombaire a contre lui la possibilité de l'infiltration stercorale, de l'accumulation des matières dans une grande longueur d'intestin, entre l'ouverture nouvelle et l'anus, et du renversement de la muqueuse que j'ai vu deux fois, sur trois malades qui me sont passés sous les yeux.

Quant aux difficultés opératoires, elles ne sont pas de nature à arrêter.

Pour les trois opérations, il faut une indication précise, c'est l'obstacle au cours des matières. On n'est pas autorisé, pour prévenir cette complication, à pratiquer très hâtivement l'opération, ainsi que le font les Anglais et les Américains.

C'est en facilitant le cours des matières, en s'opposant à leur rétention que la rectotomie met fin aux douleurs. Celle-ci ne résulte donc pas du contact des matières, puisqu'on ne supprime pas ce contact par le débridement. Aussi l'opération est-elle inutile chez les malades qui vont bien à la garde-robe. L'élément rétention doit donc entrer en ligne de compte, quelle que soit l'opération que l'on pratique.

M. Pozzi. Il y a quatre ans j'eus à donner des soins à un malade atteint d'un sarcome rectal et péri-rectal à qui un autre chirurgien avait fait deux fois de la dilatation forcée. Comme la deuxième tentative avait occasionné une hémorragie très grave, j'eus recours à des bougies d'un volume graduellement croissant; mais le rétrécissement n'admettait pas le doigt, les parois offraient une telle élasticité que la dilatation fut bientôt reconnue impossible. Elle était, en outre, tellement douloureuse que le malade se refusait à la continuer. Des phénomènes graves commençant à se montrer, je proposai alors la colotomie lombaire, qui fut acceptée.

Quand l'opération fut terminée, je constatai qu'à partir de ce point l'intestin était bondé de matières fécales endurcies dont une sorte de défécation rétrograde le débarrassa en partie. Il fallut néanmoins, pour compléter l'évacuation, faire pénétrer dans le rectum au moyen d'une sonde n° 20, une douche ascendante d'eau de Seltz. Le malade vécut cinq mois après l'opération. L'observation a été publiée dans les bulletins de la Société clinique.

Selon moi, la colotomie est une opération d'une grande valeur à laquelle on doit recourir quand la rectotomie linéaire, moins grave, est impossible. Elle procure un soulagement immédiat à d'affreuses souffrances et peut donner une survie de plusieurs mois, même dans les cas de rétrécissements cancéreux.

M. Tillaux. Je tiens à rappeler que je n'ai pas mis de précipitation à opérer mon malade. Il était entré dans mon service en novembre 1879, et ce n'est qu'en mars 1880 que j'ai pratiqué l'anus artificiel, après avoir longtemps employé les canules et lui avoir fait une tentative de dilatation rapide avec chloroformisation.

M. Trélat. Le malade de M. Pozzi et le mien sont tout à fait comparables l'un à l'autre. L'intervention était aussi indispensable dans les deux cas.

Le manuel opératoire que j'ai suivi diffère un peu de celui de M. Tillaux; j'ai eu soin, pour bien le préciser, de l'écrire avant de l'exposer ici. Comme M. Tillaux, j'ai constaté que le carré lombaire ressemblait un peu à l'intestin, mais le muscle est rouge, tandis que l'intestin est rose.

Si M. Desprès n'a pas encore pratiqué d'anus artificiel, c'est que l'occasion ne s'en est pas encore présentée, mais il est à présumer qu'elle se présentera dans l'avenir. J'accorde que les chirurgiens anglais, renonçant à faire l'extirpation du rectum, pratiquent trop d'anus artificiels, mais il faut reconnaître au moins qu'ils ont l'expérience de cette opération. Eh bien! tout chirurgien qui a acquis cette expérience reste convaincu de l'utilité de cette opération palliative qui a pour résultat de faire cesser les douleurs, de régulariser les garde-robes, mais non, comme on l'a dit, de retarder l'évolution du néoplasme. Elle ne la modifie pas, mais elle rend la vie supportable pendant cette évolution.

Je me rappelle avoir été consulté avec M. Verneuil pour un enfant de 13 à 14 ans qui avait des masses végétantes dans le rectum, d'où résultait une obstruction presque complète de l'intestin. M. Verneuil conseilla la rectotomie, qui ne fut pas pratiquée, et j'ai su que le malade avait été confié ultérieurement à M. Desormeaux. Aujourd'hui je n'hésiterais pas à conseiller dans ce cas l'opération de l'anus lombaire.

Quand on s'est borné, comme le veut M. Desprès, à introduire dans le rétrécissement le doigt ou des canules, à quoi cela mène-t-il? Le résultat peut-il être comparé à celui des opérations de rectotomie ou d'anus artificiel?

On a parlé d'obstruction permanente de la partie d'intestin située entre l'anus artificiel et l'anus normal. Ceci est une exception, et il est certain qu'après l'opération les sujets ont une petite selle à peine tous les dix ou quinze jours.

Il est certain que la rectotomie est préférable quand elle est praticable, mais en cas contraire je donnnerais la préférence à l'anus lombaire sur l'anus iliaque, parce que la longueur d'intestin située au-dessous n'est pas beaucoup plus grande dans le premier cas que dans le second, parce que l'on n'est pas exposé à prendre l'intestin grêle pour le gros intestin, parce que la position de l'orifice est moins désagréable pour les malades.

Les difficultés opératoires ne sont pas telles qu'il faille s'en effrayer. Avec un peu d'attention et grâce à l'observation rigoureuse du manuel opératoire, elles peuvent être facilement surmontées.

J'ajouterai que, dans le cas où les lésions remonteraient trop près du coude du côlon descendant, ce n'est plus l'anus lombaire gauche qu'il faudrait pratiquer, mais l'anus lombaire droit.

M. Desprès. L'observation rapportée par M. Pozzi ne me fait pas changer d'opinion. La dilatation qu'il a pratiquée et dont il s'est lassé a peut-être laissé à désirer; les canules, pour produire un effet utile, doivent rester en place la nuit entière, et elles doivent être percées du bout pour que les malades les puissent supporter. J'ai critiqué l'opération de M. Tillaux, parce qu'il a opéré son malade alors qu'il n'y avait pas occlusion intestinale; son malade, comme le malade de M. Trélat, rendait encore des gaz. La dilatation bien faite eût pu suffire dans ces deux cas.

Mais je veux borner mes remarques, je néglige les cas de rétrécissements dits syphilitiques du rectum et autres; jamais, dans ces cas, il n'y a d'occlusion intestinale qui exige une colotomie quelconque. J'ai suivi des malades de 8 à 15 ans qui vivaient en bon état en se dilatant eux-mêmes leur rétrécissement.

Les opérations de colotomie lombaire ou iliaque, les diverses rectotomies soulagent, dites-vous, les malades. Mais à quel prix! la rectotomie ne fait rien de plus que la dilatation. Les anus artificiels constituent une infirmité dégoûtante qui expose les malades à des accidents qui compliquent tous les anus contre nature. Je ne parle pas des chances de mort rapide que vous faites courir aux malades. La dilatation ferait courir aussi des chances de mort,

dites-vous, mais tout dépend de la force que l'on y met; une dilatation brutale cause des accidents, une dilatation prudente n'en produit pas.

J'ai en moyenne depuis 12 ans, chaque année, 3 cancers du rectum à traiter à l'hôpital et j'en vois 2 en ville. Trois fois seulement j'ai observé de l'occlusion intestinale que d'autres auraient tentés de traiter par un anus artificiel. Trois fois, j'ai introduit la main dans le rectum et j'ai dilaté avec le doigt le rétrécissement. Séance tenante, les malades ont rendu des matières et des gaz et ont cru à leur guérison, absolument comme dans les cas cités par MM. Trélat et Pozzi. Dans tous les autres cas, j'ai pu diriger le traitement du cancer de manière à éviter les accidents d'occlusion par les grands bains répétés, les laxatifs quotidiens et les lavements à la glycérine. C'est là, en effet, qu'est l'indication thérapeutique dans les cas de cancers que l'on ne peut opérer, et ce sont les cas les plus communs, et j'ai pu de la sorte soulager des malades tout le temps qu'a duré leur cancer du rectum, six, huit et dix mois; je leur ai évité ces accumulations de matière au-dessus du point rétréci, sans faire courir les chances de mort d'une opération grave.

J'entends dire que c'est le contact des matières avec le cancer qui cause les douleurs. Cela n'est pas exact; ce qui fait souffrir les malades, c'est la douleur lancinante qui est le propre du cancer. Combien y a-t-il de cancers qui font énormément souffrir des malades qui vont néanmoins très régulièrement à la selle ! Vous dites encore que l'opération de la rectotomie produit un soulagement immédiat. Une fluxion de poitrine soulage aussi les malades, mais c'est par le mécanisme de la révulsion, et si vous dites que votre incision soulage les malades, la dilatation que je pratique avec le doigt donne le même résultat; cela fait un peu saigner le malade et cela détruit quelques bourgeons cancéreux; de là une amélioration.

Voilà le résultat de ma pratique et les leçons que j'en ai tirées. Nous pouvons soulager les malades sans leur faire d'opération qui crée une infirmité contre laquelle les chirurgiens, depuis plus d'un siècle, n'ont cessé de chercher des moyens de guérison, et une bonne hygiène peut adoucir les souffrances des malades pendant le temps que leur cancer leur permet encore de vivre.

M. Desormeaux. J'ai pu à la longue faire passer une canule dans le rétrécissement du malade dont M. Trélat a parlé. Les masses morbides remontaient chez lui jusque dans la fosse iliaque ; nous sommes arrivés, son médecin et moi, à penser qu'elles étaient de nature tuberculeuse.

M. Pozzi. C'est à tort que M. Desprès a cru que je n'avais employé ni les purgatifs, ni la dilatation persistante et rationnelle sur

mon malade. Ces moyens étaient restés sans résultat. Des canules variées, en caoutchouc et en gomme, ont été laissées toute la nuit d'abord, pendant quelques heures ensuite, vu les douleurs intolérables qu'elles provoquaient; le malade n'a pu supporter la prolongation de ce traitement. D'ailleurs l'élasticité du sarcome rendait la dilatation tout à fait inefficace.

Quant à l'obstruction de l'intestin, elle était complète. Les matières ne passaient plus et le malade offrait tous les symptômes de l'étranglement interne.

M. Trélat. La question ne peut pas être tranchée en une séance de discussion. Il faudra de nouvelles observations pour fixer les idées de chacun de nous.

Élection à une place de membre titulaire.

Les candidats sont présentés dans l'ordre suivant :

En 1re ligne, *ex æquo :* MM. Chauvel et Marchand.
En 2e ligne : M. Blum.
En 3e ligne : M. Richelot.

Votants : 34, majorité absolue ; 18.

M. Chauvel obtient	22 voix.
M. Marchand.	11 —
M. Blum	1 —

M. Chauvel est proclamé membre titulaire de la Société de chirurgie.

A 5 h. 1/4, la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire,

A. Le Dentu.

Séance du 11 janvier 1882.

Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris ;

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Lyon médical. — Bulletin médical du Nord. — Journal de médecine et de chirurgie. — Revue médicale de l'Est. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Gazette médicale de Strasbourg. — Revue scientifique de la France et de l'Étranger.*

3° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Gazette médicale italienne-lombarde. — The Practitioner.*

4° Une lettre de remerciements de M. Chauvel, nommé membre titulaire.

Communication.

Contribution à la pratique de l'énucléation des fibromes de l'utérus,

Par M. DEZANNEAU.

Si les fibromes sous-péritonéaux et interstitiels de l'utérus présentent rarement l'indication d'une intervention chirurgicale, il n'en est pas de même des fibromes intra-utérins ; parmi ceux-ci, les uns sont pédiculés, et c'est sur le pédicule que le chirurgien doit diriger ses moyens d'action en général faciles à appliquer ; les autres sont sessiles, plus ou moins adhérents au tissu utérin dans une étendue souvent considérable, et leur ablation présente des difficultés beaucoup plus grandes, en même temps qu'elle expose la malade à un danger plus sérieux. Ce sont ces dernières tumeurs qui font l'objet des observations et des remarques pratiques contenues dans ce travail.

Ire OBSERVATION.

Mme X..., cultivatrice, âgée de 52 ans, a eu 4 enfants dont le dernier a 20 ans. Depuis plusieurs années, elle est sujette à des pertes

sanguines abondantes, presque continues, pour lesquelles elle n'a fait aucun traitement; il y a trois mois environ, souffrant de coliques et arrivée à un état de faiblesse extrême, elle a consulté un médecin qui lui a prescrit de l'ergotine et du perchlorure de fer; l'état général n'en a pas moins continué à devenir de plus en plus mauvais, et au moment où je suis appelé à la voir, l'anémie est arrivée à un degré tel que la vie semble compromise à très bref délai; le mauvais état des voies digestives ne permet pas à la malade de réparer ses forces, l'appétit est nul, il y a souvent des nausées et des vomissements, et la malade elle-même se déclare empoisonnée par l'écoulement séro-sanguin fétide qui se fait par la vulve d'une façon continue.

Par le toucher vaginal je constate l'existence d'un fibrome volumineux dont une partie arrondie, large de cinq centimètres environ, a franchi le col qu'elle déborde en bas de deux travers de doigt; le col, très dilaté et très aminci, est facilement accessible et paraît sain dans toute son étendue; la palpation abdominale montre le fond de l'utérus à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse, du volume des deux poings environ, mobile et régulièrement développé, sans inégalités à sa surface; il semble faire corps avec la tumeur constatée par le toucher vaginal.

Pressé par la gravité des accidents généraux et par l'imminence d'une nouvelle hémorragie que redoute à juste titre la malade, je me décide à une intervention immédiate, déterminé, si je ne puis enlever la tumeur en totalité, à en supprimer au moins la portion étranglée par le col, portion qui est le siége principal des hémorragies et des écoulements fétides.

Opération : la malade placée dans le décubitus dorsal, le siège élevé sur le bord de son lit, deux fortes pinces de Museux sont implantées dans la partie saillante du polype; des tractions modérées, soutenues pendant quelque temps, amènent la tumeur à la vulve; le fond de l'utérus, exploré par la palpation hypogastrique, suit ce mouvement; les pinces menaçant à ce moment de déchirer le tissu morbide, sont détachées l'une après l'autre et implantées dans une partie plus élevée de la tumeur. Pendant que de nouvelles tractions sont exercées, le doigt introduit entre le col et la tumeur détruit quelques adhérences et la chaîne de l'écraseur de Chassaignac peut être introduite, non sans difficulté, au-dessus du point d'implantation des pinces; une constriction énergique exercée avec l'écraseur permet de fixer solidement le polype; de nouvelles tractions sont alors exercées à l'aide de l'écraseur et des pinces, une autre portion de la tumeur, un tiers environ de sa longueur, franchit le col, et le col lui-même arrive à la vulve; il est alors facile de s'assurer que la tumeur est adhérente, dans la plus grande partie de son étendue, au tissu utérin, et qu'il est de toute impossibilité d'introduire plus haut une chaîne d'écraseur ou un fil constricteur quelconque; je me décide alors à faire l'énucléation.

Le doigt indicateur de chaque main, introduit successivement dans l'utérus, pénètre comme un coin entre la tumeur et les parois utérines, et l'ongle, dirigé du côté de la tumeur, fait porter le traumatisme

sur elle en respectant autant que possible le tissu utérin ; après dix minutes environ de ce travail de décollement, les adhérences plus intimes de la tumeur vers sa partie supérieure font craindre que le doigt ne soit impuissant à les détruire ; une nouvelle manœuvre devient alors nécessaire : pendant qu'un aide, en déprimant fortement la région hypogastrique, repousse l'utérus en bas, des tractions énergiques à l'aide des pinces et de l'écraseur sont dirigées obliquement en bas et à droite, en même temps que le doitg, introduit le plus profondément possible, repousse en haut et à gauche la paroi utérine ; la même manœuvre est répétée latéralement du côté opposé, puis en avant et en arrière ; la grande force qu'elle permet au doigt d'exercer triomphe des connexions intimes qu'il rencontre surtout en arrière, et la tumeur franchit peu à peu la vulve ; une partie de la lèvre antérieure du col apparaît en même temps au dehors ; craignant à ce moment que le fond de l'utérus ne s'invagine et ne suive la tumeur, j'exerce un mouvement de torsion, en même temps que deux doigts introduits profondément s'assurent que l'utérus ne suit pas ce mouvement.

Des manœuvres répétées de torsion de gauche à droite et de droite à gauche sont alors combinées avec une traction énergique, et au bout de quelques minutes la tumeur se détache brusquement en totalité ; c'est une masse dure et volumineuse, peu vasculaire, à aspect pyriforme, la grosse extrémité tournée en haut, formée de deux lobes unis par des adhérences peu solides ; son grand diamètre vertical est de 16 centimètres, sa circonférence vers sa partie moyenne de 30 centimètres.

L'examen de sa surface montre qu'elle était adhérente au tissu utérin dans la plus grande partie de son étendue, les connexions principales ayant lieu vers le fond de l'utérus.

Les manœuvres d'extraction avaient duré trois quarts d'heure environ, et elles n'avaient pas cessé pendant tout ce temps d'être très laborieuses ; très douloureuses au début, elles avaient été moins pénibles pour la malade pendant la deruière période de l'extraction ; quelques centaines de grammes de sang seulement avaient été perdus pendant l'opération.

Aussitôt après l'extraction du fibrome, l'utérus revient sur lui-même et le col remonte à quelques centimètres dans le vagin ; le doigt introduit dans la cavité utérine constate de nombreux lambeaux membraneux, déchiquetés et flottants, appartenant à l'enveloppe de la tumeur ; il permet, en outre de s'assurer que l'utérus revient sur lui-même en se contractant énergiquement ; l'écoulement sanguin est à peu près nul ; nous donnons néanmoins de l'ergotine et nous pratiquons une injection froide phéniquée dans le vagin.

Comme traitement consécutif, je prescris le sulfate de quinine, des injections phéniquées et des compresses phéniquées sur la vulve.

Les manœuvres laborieuses qu'avait subies la malade pouvaient faire craindre des accidents inflammatoires graves ; il n'en fut rien au bout de quelques jours la malade se levait malgré nos recommandations, et à peine deux semaines s'étaient-elles écoulées qu'elle reprenait ses occupations.

IIe OBSERVATION.

Mme P..., âgée de 44 ans, mère de deux enfants, est atteinte depuis plusieurs années de pertes sanguines presque continues pour lesquelles elle n'a pas fait d'autre traitement qu'une médication interne.

Le vagin et la vulve sont distendus par une tumeur fibreuse énorme dont il est impossible de déterminer les connexions avec l'utérus, un doigt ne pouvant atteindre le col. La tumeur, fixée par des érignes, est fractionnée par tranches à l'aide de forts ciseaux, puis attirée à travers la vulve; l'utérus suit ce mouvement, et le col, accessible au doigt, se présente aussi dilaté que pour le passage d'une tête de fœtus à terme ; la tumeur, fortement saisie à l'aide d'un constricteur, est soumise à des mouvements de torsion, en même temps que deux doigts décollent ses adhérences au tissu utérin ; en peu d'instants, la masse se détache sans accidents et sans hémorragie. La seule partie vraiment laborieuse de l'opération a été le fractionnement de la tumeur, qui a demandé près de trois quarts d'heure ; la partie enlevée sous forme de tranches représente plus du tiers de la masse totale; le poids de la tumeur entière est de 900 grammes. Guérison sans accidents.

IIIe OBSERVATION.

Femme de 30 ans, n'ayant jamais eu d'enfants ; fibrome du volume d'une tête de fœtus de 7 mois ; la moitié de la tumeur est descendue dans le vagin, la partie supérieure est entourée par le col largement dilaté; elle a mis trois ans à accomplir cette évolution; à cette époque, à peine grosse comme un œuf de poule, elle commençait à dilater le col et son développement s'est effectué sans altérer la santé générale.

Application d'un petit forceps et de pinces-érignes qui attirent la tumeur au dehors; sessile et peu adhérente aux parois utérines, elle se laisse facilement décoller par la seule introduction du doigt, et quelques mouvements de torsion achèvent de la détacher. Guérison rapide.

IVe OBSERVATION.

Fille de 35 ans; fibrome du volume d'un œuf de poule, saillant dans le vagin et donnant lieu depuis six mois à des pertes fétides; le col donne passage à un pédicule qui a le volume de trois doigts réunis.

Une chaîne d'écraseur est placée d'abord sur le pédicule pour en opérer la section, mais, en cherchant à porter la chaîne le plus haut possible, je constate que le prétendu pédicule va en s'évasant et distend la cavité utérine.

La chaîne fortement serrée fournit un moyen de traction facile et énergique qui permet d'amener peu à peu le col jusqu'à la vulve; l'introduction du doigt dans la cavité utérine devient alors possible et la tumeur adhérente à la paroi cède en dix minutes environ à des mouve-

ments combinés de torsion et de décollement. La portion utérine de la tumeur est presque identique à la portion vaginale; la longueur totale du fibrome est de 12 centimètres. Guérison après huit jours d'accidents inflammatoires dus à une métrite légère.

Ve OBSERVATION.

Mme C..., mère de deux enfants, agée de 40 ans, est atteinte depuis plusieurs années de pertes sanguines qui l'ont réduite à une anémie extrême; sa vie paraît menacée dans un avenir très rapproché. Elle porte un corps fibreux intra-utérin du volume du poing, qu'on trouve facilement par l'ouverture du col assez dilatée pour permettre l'introduction de trois doigts; depuis plus de six mois, malgré l'usage de l'ergotine, la dilatation reste la même, le corps fibreux ne s'engage pas et les hémorragies continuent. L'état de la malade est assez grave pour nécessiter une prompte intervention chirurgicale; le col est incisé de chaque côté, ainsi que la capsule d'enveloppe: le fibrome mis à nu est décollé avec le doigt dans une petite étendue, puis attaqué à l'aide de la pince de M. le professeur Guyon et de divers énucléateurs; malgré de laborieuses tentatives répétées pendant près d'une heure, je ne réussis qu'à enlever des fragments de la tumeur et l'épuisement de la malade ne me permet pas de continuer l'opération; l'écoulement de sang est assez modéré, mais il survient le lendemain une violente inflammation qui se termine au bout de quinze jours par un grand abcès pelvien; cet abcès, ouvert et drainé par le vagin, finit par guérir.

Quant au corps fibreux, profondément modifié par ce violent travail inflammatoire, il diminue peu à peu de volume, les hémorragies ne se reproduisent plus et, au bout d'un an, la tumeur semble avoir complètement disparu.

L'examen de ces faits m'a conduit aux conclusions pratiques suivantes :

1° L'énucléation est le seul procédé opératoire applicable aux tumeurs fibreuses non pédiculées, développées dans la paroi de l'utérus et faisant saillie dans sa cavité ou dans le vagin.

2° Cette opération, en raison de ses difficultés et de ses dangers, n'est indiquée que quand les fibromes menacent de compromettre l'existence, soit par les hémorragies ou les écoulements fétides qu'ils déterminent, soit par les graves phénomènes de compression qu'ils exercent sur les organes voisins.

3° Les fibromes interstitiels ayant une marche spontanée vers l'énucléation en raison de l'amincissement progressif de leur capsule et de leur tendance à descendre de la cavité utérine dans le vagin, l'opération devient d'autant plus facile que l'état général permet d'attendre plus longtemps avant de la pratiquer.

4° Le doigt est infiniment supérieur à tous les instruments pour l'énucléation; la curette en ongle, l'énucléateur de Sims, la curette à bords dentelés de G. Thomas, doivent être réservés au seul cas où le doigt reste impuissant malgré des tentatives réitérées de décollement, aidées de tractions et même de torsions énergiques exercées sur la tumeur par l'autre main ou par un aide.

5° Dans les manœuvres de décollement, l'ongle du doigt doit être dirigé de façon à faire porter le traumatisme sur la tumeur elle-même et non sur la paroi de l'utérus; le doigt agira d'abord à la façon d'un coin pénétrant entre le fibrome et sa capsule, puis, pour vaincre les adhérences plus intimes, il devra repousser en haut et en dehors la paroi de l'utérus, pendant que des tractions énergiques attireront la tumeur en sens inverse.

6° Quand le décollement touche à sa fin et que le doigt ne peut plus atteindre les adhérences supérieures, une torsion combinée avec une traction sera suffisante pour achever une énucléation pour laquelle l'emploi d'instruments aurait paru d'abord indispensable.

7° Il est nécessaire pour l'énucléation que la partie libre de la tumeur soit saisie solidement; de fortes pinces érignes, des crochets, la pince de M. le professeur Guyon, suffiront quelquefois pour une traction énergique; mais comme ces instruments peuvent écraser ou déchirer le tissu morbide, une chaîne d'écraseur, fortement serrée sur la tumeur au-dessus des pinces, rendra souvent le plus grand service; il faudra aussi que l'abaissement soit facilité par la main d'un aide fortement appliquée sur la région hypogastrique.

8° L'énucléation des gros polypes utérins pouvant entraîner des accidents hémorragiques ou inflammatoires graves, il sera nécessaire d'administrer l'ergotine par la bouche ou en injections sous-cutanées après l'ablation de la tumeur, et le chirurgien devra s'entourer avant, pendant et après l'opération, des précautions antiseptiques les plus minutieuses.

Discussion.

M. Desprès. J'aurais voulu entendre M. Dezanneau faire une distinction plus nette entre les cas où il a fait l'énucléation et ceux où il ne l'a pas faite. Il ne l'a en réalité pratiquée qu'une fois, tandis que dans les deux autres cas, il a eu affaire à des polypes qui étaient en train de se pédiculer. Peut-être dans ces deux derniers cas eût-il suffi de sectionner les tumeurs en plein tissu, car on sait, ainsi que l'a bien établi Marjolin dans son article du *Dictionnaire en trente volumes,* que ce qui reste du pédicule se rétracte dans l'utérus et cesse de s'accroître.

En revanche, il y a des circonstances où l'énucléation est indispensable. Je vois en ce moment une malade qui porte un énorme polype fibreux, dont la portion utérine est grosse comme une tête d'enfant, et dont la portion vaginale a les dimensions des deux poings. L'urètre est tellement comprimé contre le pubis que, pour vider la vessie, il faut exercer des pressions sur le ventre.

Ici l'énucléation est indispensable et je compte la tenter prochainement.

Parfois l'énucléation est rendue impossible par quelque circonstance insolite. Ainsi, j'ai observé chez une dame un polype en quelque sorte intermittent, qui apparaissait dans le vagin à des intervalles variables. Malheureusement chaque exploration déterminait de la péritonite. J'ai dû me borner à conseiller l'expectation, et cette femme a accouché tardivement de son polype.

Cette terminaison ne peut être considérée comme bénigne, car j'ai vu succomber trois malades chez qui elle s'est produite.

M. Trélat. La grande difficulté de l'énucléation vient de ce qu'on ne peut pas être bien fixé, avant l'opération, sur les rapports du corps fibreux avec le tissu utérin. M. Dezanneau, dans un cas où l'énucléation était restée inachevée, a vu le polype se détruire peu à peu. Dans un autre cas, il a remarqué qu'en serrant le polype à plein corps avec la chaîne de l'écraseur, il avait une prise solide sur la tumeur. Ce moyen m'a réussi une fois pour l'extraction d'un gros polype, en me permettant d'en opérer la torsion.

A l'occasion de la communication de M. Labbé à l'Académie, j'ai rappelé, sans être exclusif, les avantages de cette manœuvre, peut-être un peu trop délaissée.

M. Guéniot. Les conclusions de M. Dezanneau concordent avec mes opinions. Son premier cas est un exemple de polype pédiculé, les autres sont des fibromes interstitiels. Évidemment le même traitement ne saurait convenir aux deux variétés ; si l'énucléation est facile pour la seconde, les manœuvres de traction seraient dangereuses en cas de polype, parce qu'elles peuvent occasionner l'inversion utérine.

Pour éviter les méprises fâcheuses, M. Tillaux a conseillé de faire l'ablation au bistouri et sans chloroformiser les malades, parce que le tissu utérin est sensible, tandis que celui des polypes ne l'est pas. On pourrait ajouter qu'après avoir reconnu le tissu utérin, il faudrait savoir à l'avance ce quc l'on devrait faire contre l'inversion et s'il n'y aurait pas avantage à pratiquer une opération à double fin.

Les difficultés de la thérapeutique sont bien autres encore orsque le col n'est pas dilaté et que le polype est inclus dans l'u-

térus. Enfin il y a un autre cas où le diagnostic ne laisse pas d'être scabreux, c'est celui où le polype ressemble au fond de l'utérus inversé. L'hystéromètre peut ne fournir aucune donnée précise, s'il ne pénètre pas dans le col.

Pour ces cas, l'acupuncture rend un réel service.

M. Gillette. La torsion convient même aux polypes pédiculés. Il y a deux ans, après avoir essayé en vain l'application d'un écraseur, je fixai la tumeur avec une érigne et je la tordis avec les doigts. Elle se laissa extirper sans difficulté.

Une autre fois, j'avais affaire à une tumeur du volume d'une tête d'enfant. Une simple exploration, pratiquée un an auparavant par M. Le Fort, avait causé une péritonite. Je l'opérai par torsion et arrachement avec un plein succès.

M. Desprès. Je ne comprends pas qu'on puisse dire que l'inversion est parfois impossible à diagnostiquer. Le palper abdominal combiné avec le toucher rectal doit toujours conduire à ce diagnostic. Quant à la thérapeutique, pourquoi ne pas recourir à l'écraseur et à l'anse galvanique, plutôt qu'à des procédés du siècle dernier?

M. Guéniot. M. Desprès raisonne d'une manière générale, et moi, je fais allusion à des cas particuliers, tels qu'en ont rencontré Mme Boivin et Cloquet dont la compétence ne peut certes pas être mise en doute. Dans le fait où M. Richet s'est trouvé aux prises avec de grandes difficultés, un deuxième polype s'était présenté dans le vagin immédiatement après la section d'un premier avec le bistouri. Ne pouvait-il pas facilement être pris pour le fond de l'utérus?

M. Sée. Comme M. Desprès, je pense que le diagnostic ne doit pas présenter tant de difficulté. Si la tumeur est très volumineuse, on ne pourra songer à un renversement de la matrice; si l'on a vraiment affaire à une inversion, la tumeur est petite, et on peut, chez une femme maigre, s'assurer par la palpation de l'hypogastre que le corps de l'utérus est absent. Chez les femmes grasses, on a la ressource du toucher rectal et même de l'exploration manuelle du rectum.

Quant à ce qui est des manœuvres de traction sur une tumeur dépendant de la matrice ou sur la matrice elle-même, je suis loin de les considérer comme inoffensives. La même répugnance m'empêche de recourir à la traction; c'est procéder à l'aveuglette et s'exposer à déchirer le tissu utérin.

M. Guyon. La torsion porte, en effet, non pas seulement sur le pédicule, mais sur le tissu de la matrice. On ne doit la consi-

dérer que comme un moyen exceptionnel. Si M. Dezanneau l'a faite facilement, c'est qu'elle n'a porté que sur des adhérences celluleuses.

L'hémorragie résultant de l'emploi des instruments tranchants est fort peu à redouter. Dupuytren était même arrivé à conseiller la saignée, lorsque le pédicule n'avait pas fourni du tout de sang.

Je n'ai jamais recours à d'autre méthode. Lorsque le polype est sessile, on peut, après avoir incisé la coque utérine, glisser les doigts entre celle-ci et la tumeur, et rompre sans peine les adhérences faibles qui les unissent.

M. Trélat. J'ai dit à l'Académie de médecine : Il n'y a pas de méthode absolue. La torsion peut être bonne, suivant les cas, comme méthode de choix ou comme méthode adjuvante, mais ce n'est pas la crainte de l'hémorragie qui peut en imposer le choix, car l'hémorragie n'est pas à redouter.

M. Dezanneau. Selon moi, la torsion doit être réservée à certains cas, l'énucléation à d'autres; parfois seulement il y a avantage à combiner la torsion avec les tractions.

Je ne redoute les tractions sur la matrice que lorsqu'il y a eu préalablement une inflammation péri-utérine; elles permettent de faire sans danger arriver le col jusqu'à la vulve.

Comme M. Richet, j'ai vu une fois une seconde tumeur descendre dans le vagin après l'extirpation d'un polype. Le diagnostic m'a paru impossible, quoique cette deuxième tumeur fût insensible à la pression, à l'inverse de ce qui a lieu pour le tissu utérin. Elle s'est relevée et réduite d'elle-même au bout de quelque temps.

M. Trélat. Si on peut introduire un hystéromètre seulement de cinq centimètres, on peut être sûr qu'il n'y a pas d'inversion, parce que la somme des longueurs de la portion inversée et de la portion restée en place dépasserait de beaucoup la longueur normale de la cavité utérine.

De plus, l'introduction d'un ou de deux doigts dans le rectum doit trancher la difficulté. En cas d'inversion, la pulpe des dernières phalanges doit dépasser l'utérus.

Si les doigts se heurtent à une surface plane qui les dépasse par en haut, la matrice n'est pas en inversion.

Enfin le cathétérisme vésical fournit un troisième signe de certitude, si la sonde rencontre les deux doigts placés dans le rectum.

M. Sée. Le véritable danger de toutes les méthodes consiste

dans la septicémie utérine. M. Dezanneau a recommandé les lavages antiseptiques de la matrice; c'est un bon moyen, à condition d'apporter dans son emploi des précautions minutieuses, ce qui ne m'a pas empêché de perdre une malade.

L'iodoforme donne une sécurité absolue. Il y a quelques jours, j'ai opéré un polype par morcellement avec des ciseaux. Arrivé sur le pédicule, j'ai laissé un serre-nœud en place et j'ai versé dans le vagin trois cuillerées d'iodoforme. Un simple tampon a maintenu la poudre en place. Aucune injection n'a été faite. Au bout de vingt-quatre heures, le tampon est sorti de lui-même. La malade n'a pas eu de fièvre un seul instant. L'alimentation a suivi son cours normal à partir du lendemain et le rétablissement a été rapide.

M. Dezanneau. J'objecterai à M. Trélat que l'on peut introduire un hystéromètre jusqu'à dix centimètres de profondeur, quand l'utérus a contenu un gros polype; dans ces circonstances, on ne pourrait pas s'appuyer sur ce signe pour nier l'inversion.

M. Trélat. Soit, mais c'est tout de suite après l'ablation de la tumeur, et on a alors des notions précises sur les dimensions qu'avait pu prendre la matrice.

Élections.

A deux places d'associés étrangers, votants: 32.

M. Spencer Wells obtient...........	31 voix.
M. Arlt...........................	30 —

MM. Spencer Wells et Arlt sont élus.

A deux places de correspondants étrangers, votants : 32.

M. Zancarol obtient................	26 voix.
M. Annandale......................	22 —
M. Sands..........................	8 —
M. de Moselig-Moorhoff.............	6 —

MM. Zancarol et Annandale sont élus.

A deux places de correspondants nationaux, votants : 30.

Premier tour:

M. Combalat obtient................	23 voix.
M. Larger.........................	14 —

M. Demons	8 voix
M. Cauvy	8 —
M. Turgis	7 —
M. Lemée	2 —
M. Malherbe	1 —
M. Ripoll	1 —

Deuxième tour :

M. Larger obtient	16 voix.
M. Cauvy	6 —
M. Turgis	5 —
M. Demons	3 —

MM. Combalat et Larger sont élus.

A 5 h. 15, la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire,

A. Le Dentu.

Séance annuelle du 18 janvier 1881.

Présidence de M. de Saint-Germain.

Monsieur le président de Saint-Germain prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

Au début de cette séance, jadis solennelle, permettez-moi de vous exprimer l'agréable surprise que j'éprouve en nous voyant aussi nombreux.

Depuis quelques années la séance annuelle était, en effet, délaissée.

Je ne veux pas admettre, avec quelques esprits chagrins, que

l'absence de la feuille de présence fût pour quelque chose dans cette abstention.

Non; pour la plupart d'entre nous c'était une séance perdue parce que les travaux habituels de la Société étaient suspendus ce jour-là. Vous l'avez compris, Messieurs, ce n'est pas une séance absolument perdue que celle qui est consacrée à l'exposé des travaux de l'année et à l'éloge d'un de nos anciens.

Il n'est pas sans intérêt, après un long voyage, de suivre sur la carte le chemin que l'on a parcouru, et le récit de la vie de ceux qui nous ont précédés dans la carrière est un enseignement ou un exemple dont le respect dû à nos morts doit nous obliger à venir profiter tous.

Et puis, quand on se reposerait un peu, où serait le grand mal?

Notre secrétaire annuel va vous prouver tout à l'heure, pièces en mains, que nous n'avons pas perdu notre temps cette année, et la carte à payer de nos bulletins pourrait bien vous faire faire quelque peu la grimace.

Les séances ont, en effet, été très chargées et, permettez-moi de le dire, exceptionnellement longues. Un peu plus, et nous organisions des séances de nuit.

Cette longueur inusitée a tenu en grande partie au développement peut-être exagéré des discussions à propos du procès-verbal. Des séances entières ont été consacrées à ces joutes où les orateurs, souvent pris au dépourvu dans la séance précédente, arrivaient avec de nouvelles forces, depuis qu'ils avaient touché leurs textes. Ces jours-là, les rapports étaient suspendus, les communications ajournées; ces jours-là, les pièces restaient dans leurs bocaux; les malades se morfondaient dans notre salle d'attente, et lorsque à l'issue de la séance, l'ordre du jour portait un comité secret, ce comité finissait par être si secret qu'il se bornait presque aux membres du bureau.

Peut-être y aurait-il lieu de changer quelque chose à cela et de reviser un peu la Constitution. Cela dit, permettez-moi, Messieurs, de vous faire tous mes compliments sur l'ordre si parfait qui a présidé à nos réunions.

Les discussions y ont toujours été courtoises, les argumentations sans aigreur, les conversations discrètes, les interruptions rares, et si de temps à autre quelqu'un d'entre nous est venu rompre, par les élans de sa persistante jeunesse, la sérénité peut-être un peu uniforme de nos travaux, la liberté n'a jamais été la licence; aucun rappel à l'ordre n'a été nécessaire, et dans aucune circonstance l'absence du petit local que vous savez n'a éveillé de regrets.

Ma tâche a, du reste, été singulièrement facilitée par mes collègues du bureau et notamment par M. le secrétaire général que je

tiens à remercier publiquement. On apprécie d'autant mieux les qualités chez autrui qu'on ne les possède pas soi-même. Un secrétaire général doit être à la fois l'historiographe, l'organisateur et l'administrateur d'une société. Vous avez pu apprécier la valeur de M. Horteloup dans ce triple rôle; ce sont des secrétaires généraux comme lui qui font comprendre l'utilité des secrétaires perpétuels.

J'ai pu, lorsque j'étais secrétaire annuel, me rendre un compte exact des difficultés inhérentes à ces fonctions où l'on est toujours partagé entre le désir de rendre fidèlement la séance dont on écrit le procès-verbal et la crainte d'en tracer une plate sténographie. M. Le Dentu a su rendre la physionomie de nos séances avec un rare bonheur et une fidélité d'expression que vous avez souvent admirée. Il a su, tout en restant fidèle à la vérité, adoucir certains termes, gazer certains détails, glisser sur telle ou telle allusion, et joindre dans ses procès-verbaux, qui resteront des modèles, la pureté du style à la clarté de l'exposition.

Notre trésorier, M. Berger, a su, par ses rares qualités administratives, mener à bien nos finances ; aussi l'avez-vous renommé par acclamation, ainsi que notre sympathique et savant archiviste, M. Terrier qui, après une longue absence, nous est heureusement rendu.

Notre compagnie a subi cette année des pertes aussi douloureuses qu'inattendues.

Houel et Rigaud nous ont été enlevés.

Le premier avait occupé le fauteuil de la présidence , le second était un des membres fondateurs de notre société.

Nous avons également perdu : Philippeaux, de Lyon. et Sistach, membres correspondants, Grimm, de Berlin et Pirogoff, membres asssociés étrangers, enfin Otis, de Washington, membre correspondant étranger. Un de nos plus anciens collègues, M. Forget, a demandé et obtenu l'honorariat.

Enfin, des élections toutes récentes ont fait entrer dans notre compagnie MM. Spencer Wells et Arlt, comme associés étrangers. MM. Annandale d'Edimbourg, et Zancarol d'Alexandrie, comme membres correspondants étrangers, et MM. Combalat de Marseille et Larger de Maison-Laffitte, en qualité de membres correspondants nationaux.

Je garde pour la fin nos deux nouveaux collègues, élus cette année comme membres titulaires : M. Pozzi, que ses nombreux travaux, ses titres scientifiques et notre sympathie nous avaient depuis longtemps désigné, M. Chauvel, dans la personne duquel nous avons été heureux de nous adjoindre plus étroitement encore le correspondant aimé et estimé de tous et le savant profes-

seur du Val-de-Grâce, le délégué de la chirurgie militaire, toujours si brillamment représentée parmi nous.

Et maintenant, Messieurs, place au Bureau de 1882 ; il fut un temps voisin de l'âge d'or où le vice-président attendait avec une confiante sérénité le fauteuil qui devait lui échoir sans conteste. Nous avons changé tout cela, et cette année les élections du bureau ont été quelque peu mouvementées.

Bien que je n'aie vu, pour ma part, dans cette lutte électorale qu'un hommage rendu à une de nos grandes illustrations scientifiques, je ne puis qu'applaudir, en dehors des sentiments de vieille amitié qui m'unissent à notre nouveau président, au résultat d'une élection qui consacre une fois de plus des droits acquis, sinon par le règlement, au moins par l'usage et par la tradition.

Il n'en est pas moins vrai que cette pente est glissante et que les vice-présidents n'ont qu'à se bien tenir.

Ce que j'en dis n'a pourtant rien qui regarde notre aimable vice-président et ancien trésorier, M. Guéniot.

Il a pu se convaincre, en sa qualité de grand accoucheur, que sa présentation était trop favorablement accueillie pour que sa position ne fût pas des plus solides.

Je m'arrête, Messieurs. Il me serait facile de donner à cette allocution des proportions considérables, si je me laissais aller aux sentiments de gratitude dont je suis pénétré, pour l'honneur que vous m'avez fait ; mais, outre la nécessité de me réserver quelque chose à dire pour la prochaine séance, j'ai hâte de donner la parole à notre secrétaire annuel, M. Le Dentu, pour la lecture du compte rendu des travaux de l'année.

Compte rendu des travaux de l'année 1881,

par M. Le Dentu, Secrétaire annuel.

Messieurs,

Par ce temps de découvertes extraordinaires, où nous voyons sans cesse l'invraisemblable se faire réalité sous des formes diverses, il est presque surprenant que quelque habile inventeur n'ait pas encore imaginé une machine capable, non pas seulement de recueillir la parole pour la restituer ensuite d'une façon grotesque et souvent inintelligible, mais bien de la fixer automatiquement sur le papier en caractères indélébiles.

En attendant que ce miracle d'ingéniosité se soit accompli, la Société de chirurgie devra, à défaut des sténographes qui grèveraient trop lourdement son budget, se contenter, comme par le passé, d'un secrétaire selon la tradition, type immuable qui n'a varié que dans le costume, depuis qu'il existe des sociétés savantes, et auquel le progrès n'a touché qu'en substituant dans sa main la plume métallique à la vénérable plume d'oie de nos pères.

Ce secrétaire, renouvelé chaque année, vous doit, à l'expiration de ses fonctions, un exposé rétrospectif de vos travaux. C'est à lui qu'il appartient de vous montrer quelle somme d'efforts vous avez dépensée, quel contingent vous ont fourni les communications venues de l'extérieur, de combien et dans quelle direction vous avez marché; tâche toujours difficile, puisqu'il s'agit de réunir en un faisceau unique tous les faits d'ordre multiple portés à cette tribune, tâche en même temps agréable, puisqu'elle procure à celui qui en est chargé l'honneur d'élever de ses mains le monument de votre activité scientifique, pendant le cours de l'année qui vient de finir.

Ce doit être une illusion commune à tous les secrétaires, mais il me semble que cette activité a été, en 1881, plus grande que jamais. Les communications, les rapports, les discussions ont donné lieu à un mouvement incessant d'idées que j'ai été à même de suivre mieux que personne et dont ce compte rendu ne pourra être que la réduction microscopique.

Vous remarquerez, comme moi, que votre attention s'est portée de préférence sur les questions de thérapeutique et particulièrement de thérapeutique active; signe des temps, pourrait-on dire, car ici, comme au delà de nos frontières, le vent souffle du côté de la médecine opératoire, et malgré l'accueil très froid que la chirurgie française a fait à certaines innovations venues de l'étranger, elle semble disposée à s'engager, elle aussi, dans la voie des entreprises hardies. Elle ne le fait, il est vrai, qu'avec cette prudence et ce grand respect de la vie humaine qui comptent parmi vos traditions les plus chères et qu'on voudrait, mais sans y réussir, faire passer pour de la timidité et de l'esprit de routine.

Votre Bulletin de 1881 proteste contre cette accusation. Il porte la marque du progrès, mais du progrès sans précipitation, sans entraînement irréfléchi.

De la prédominance peut-être excessive de la médecine opératoire est résultée une pénurie totale de travaux relatifs à la pathologie générale, lacune regrettable qui, nous devons l'espérer, n'existera pas dans le Bulletin de 1882.

En revanche, vous avez abordé tout récemment, et comme pour couronner vos travaux de l'année, un sujet toujours nouveau, tou-

jours plein d'à-propos, parce qu'il plane sur la chirurgie entière et qu'il touche à un intérêt sacré, à la vie des malades qui s'abandonnent, pleins de confiance, à nos mains.

L'enquête de M. Lucas-Championnière sur le chloroforme des hôpitaux et de la ville a eu pour résultat d'attirer de nouveau votre attention sur les moyens de reconnaître la pureté de cet agent anesthésique, mais notre collègue n'a pu nous démontrer absolument que ce qu'il appelle, par un euphémisme peut-être un peu optimiste, les inconvénients du chloroforme, devait être attribué avant tout à la fabrication défectueuse de ce produit. Si tel a été l'avis de MM. Berger et Perrin, il n'a pas été partagé par MM. Sée, Tillaux, Desprès, Farabeuf et Forget.

Ainsi que nous l'a judicieusement rappelé M. Tillaux, ces inconvénients n'étaient-ils pas, il y a vingt ans ce qu'ils sont de nos jours ? Et, pour faire rentrer dans le cadre du débat les accidents graves et la mort, qu'on en a écartés, quoiqu'ils représentent le côté brûlant de la question, les opérés d'alors y étaient-ils moins exposés que ceux d'aujourd'hui ?

Tout le monde accordera sans peine que le précieux anesthésique doit agir avec une régularité d'autant plus grande qu'il est mieux dépouillé de toute substance étrangère. Les plus réservés reconnaîtront, en manière de concession, qu'il n'est jamais trop pur, tout en pensant qu'il n'a pas besoin de tant de pureté pour donner l'insensibilité. Vous n'avez pu accueillir que favorablement la proposition de MM. Championnière, Berger et Le Fort, de proscrire les grandes provisions de chloroforme dans les hôpitaux et d'en demander la livraison en tubes de faible capacité, mais personne n'osera affirmer que toutes ces précautions relègueront les accidents graves parmi les calamités d'un autre âge. Aussi M. Forget a-t-il eu raison de vous rappeler les conclusions qu'il avait développées, il y a trente ans, devant la Société de chirurgie ébranlée par cette sorte d'axiome paradoxal et plein de péril de Sédillot « que le chloroforme pur bien administré ne tue jamais ».

Il résultera peut-être de ce débat que celui que nous ferons dorénavant respirer à nos opérés aura toujours l'odeur suave considérée comme un des signes de sa pureté, mais il n'y aura pour cela rien de changé à notre vigilance.

Vous n'avez pas voulu finir l'année sans revenir sur la question toujours pendante des pansements, mais, sur ce terrain, il y a un contraste frappant entre l'année 1881 et celles qui l'ont précédée. Plus de discussions passionnées à propos de la méthode de Lister, plus de grandes luttes à coup de statistiques, mais seulement quelques escarmouches, combats d'arrière-garde nés incidemment de communications où le nom du chirurgien anglais se trouvait mêlé.

C'est que nous sommes en plein règne de la méthode antiseptique, et comme à tous les régimes il faut une opposition, M. Desprès s'est chargé du soin de nous tenir en garde contre un excès d'enthousiasme, en ne laissant échapper aucune occasion de souligner les défaillances de la méthode nouvelle et d'exalter les vertus, quelque peu méconnues aujourd'hui, des anciens pansements.

L'iodoforme n'a pas plus trouvé grâce devant M. Desprès, malgré les efforts de M. Sée qui voudrait, comme plusieurs chirurgiens allemands, en généraliser l'emploi au pansement de toutes les plaies, et les remarques favorables de MM. Verneuil, Trélat et Terrillon, pour qui cette substance est une ressource précieuse dans le cas de plaies anfractueuses et d'ulcères atoniques.

C'est à titre de maladies d'un ordre général, capables de porter atteinte à l'organisme entier, par une imprégnation virulente, que les affections charbonneuses et la syphilis congénitale doivent trouver place dans ce compte rendu avant les affections des systèmes, des appareils, des tissus et des régions. J'en dirai autant des monstruosités.

Dans la séance du 16 février, M Delens nous a lu un rapport sur une observation de M. Bréchemier, intitulée : « Œdème malin des paupières traité par les injections iodées après une cautérisation sans résultat. » Je n'ai pas à vous faire l'exposé de la nouvelle méthode à laquelle plusieurs médecins de la Beauce attribuent une réelle supériorité sur le cautère actuel et sur les caustiques. Qu'il me suffise de vous rappeler l'intéressante discussion soulevée par ce rapport. Elle a débuté par une revendication de priorité de M. Boinet, ce qui peut être considéré comme un bon signe, relativement à la valeur de la méthode, car on ne revendique guère la paternité de ce qui ne vaut rien.

Défenseur ardent des caustiques, au nom des médecins de la Beauce qui les repoussent actuellement, M. Desprès s'est heurté à l'éclectisme de M. Trélat, aux convictions déjà solides de M. Verneuil et aux tendances optimistes de M. Anger. Pour plusieurs de nos collègues la gravité de la pustule maligne serait loin d'être constante et l'expectation n'offrirait guère de danger. N'est-ce pas là une de ces opinions qu'il y a peut-être intérêt à ne pas trop propager, quand il s'agit du traitement d'une affection dont la marche est quelquefois foudroyante ?

Que vous dirai-je, Messieurs, de la syphilis tertiaire congénitale, si ce n'est que les recherches actives dont elle est l'objet depuis quelques années, en ont reculé l'horizon jusqu'à perte de vue? Dans ce milieu étrange de l'hôpital Saint-Louis, où les diathèses se font une concurrence infatigable, elle représente la grande question du jour. Des travaux qui s'y poursuivent, des efforts inces-

sants de notre distingué collègue des hôpitaux, M. le professeur Parrot, sortiront, nous pouvons l'espérer, des notions assez précises pour dissiper dans un avenir assez proche les obscurités de la question.

Par son intéressante communication, M. Lannelongue a planté un jalon sur la route des chirurgiens ; il a jeté dans le sein de la Société de chirurgie un germe qui se développera, mais en plaçant d'emblée la discussion sur le terrain des affections osseuses, il n'a certes pas abordé le sujet par son côté le plus facile. Il a pu s'en apercovoir aux dénégations de M. Desprès, aux doutes de MM. Trélat et Duplay.

Vous devez encore à M. Lannelongue un exemple extrêmement curieux de bec-de-lièvre rare chez un monstre exencéphalien, commissural à droite, latéral à gauche et étendu jusqu'à la paupière inférieure. A cette occasion, M. Polaillon vous a rappelé un fait analogue qui figure dans nos bulletins, remarquable par l'existence de tractus fibreux blanchâtres allant de la cornée aux narines, et M. Pozzi a confirmé par des considérations embryogéniques l'interprétation de MM. Lannelongue et Polaillon.

L'hermaphrodisme, vrai ou faux, suivant les opinions émises, a fait une nouvelle apparition à la Société de chirurgie, sous la forme d'un personnage étrange, homme par la stature, par l'aspect général du corps et du visage, par la barbe, par un pénis rudimentaire flanqué de deux testicules dont l'un est atrophié ; femme par le bonnet, la camisolo, les jupes, les seins et des apparences de vulve. Il n'est vraiment pas surprenant qu'une combinaison aussi complexe d'attributs des deux sexes ait fait revivre un instant, de la part de plusieurs d'entre nous et particulièrement de M. Magitot, le présentateur, un certain degré de croyance à l'hermaphrodisme vrai. Cependant l'impression de la majorité a été que vous aviez devant les yeux un homme et rien qu'un homme, trop pourvu de mamelles, mais mal pourvu des attributs de son sexe.

J'aurai fini avec les monstruosités, après vous avoir cité un cas de macrodactylie éléphantiasique traité avec succès par M. Cazin, au moyen de la décortication combinée avec une autoplastie.

Les affections du squelette occupent peut-être, dans vos travaux, une place moins importante que les années précédentes. Une observation de nivellement d'un cal irrégulier du tibia suivi de réunion immédiate du périoste, par M. Poncet ; la résection d'un cal exubérant de la clavicule, par M. Delens ; un cas de pseudarthose que M. Verneuil a cru devoir traiter simplement par la prothèse, à cause de l'âge et de la débilité du sujet; une courte discussion sur les fractures par balles de revolver, provoquée ar

une communication de M. Vieusse, telle est la part du traumatisme.

Un fait, observé par M. Nicaise, d'ostéomyélite datant de quarante et un ans et n'ayant pas donné lieu pendant cette longue période à des symptômes autres qu'une fistule permanente, a confirmé ce que nous savions de la lenteur d'évolution de cette maladie dans certains cas. Elle se retrouve dans un cas très intéressant d'abcès du tibia guéri par la trépanation, que nous a fait connaître M. Trélat et à l'occasion duquel il a insisté sur les signes les plus propres à faciliter le diagnostic de ces lésions parfois obscures : poussées inflammatoires suivies de suppuration, dans le passé des malades, hyperesthésie limitée à un point, crises nocturnes de douleurs aiguës. Si MM. Labbé et Lannelongue ont admis avec M. Trélat que, dans ces conditions, le diagnostic ne devait pas être considéré comme très difficile, MM. Tillaux et Berger ont eu soin de faire remarquer que les ostéosarcomes, au début, et que les ostéites simples névralgiformes pouvaient parfaitement donner le change.

La transformation d'un ancien abcès froid ossifluent en kyste séreux s'est révélée très nettement sur une pièce mise sous vos yeux par votre secrétaire. Cette présentation a provoqué, de la part de M. Nicaise, la communication d'un fait analogue, et de la part de M. Terrillon, celle d'un cas d'abcès froid, à contenu muqueux, de la région de l'omoplate, qui nous a valu la citation, par M. Verneuil, de plusieurs exemples de gommes de la même région, publiés dans les archives de Langenbeck et offrant une certaine analogie avec le fait de M. Terrillon.

Je ne puis passer sous silence le cas d'ostéotomie pour la guérison d'un genu valgum que M. Beauregard vous a communiqué. M. Terrillon a eu soin, dans son rapport, de mettre en relief l'excellence du résultat. L'ostéotomie ayant été rarement pratiquée en France, pour remédier à la déviation du genou, l'observation de M. Beauregard se trouve un peu isolée au milieu des cas d'ostéoclasie qu'un certain nombre d'entre vous pourrait produire ; elle n'est toujours pas défavorable à la méthode à laquelle les chirurgiens étrangers paraissent avoir donné la préférence.

Je me hâte de mentionner un cas de tumeur blanche tuberculeuse du genou, dû à M. Trélat, une note sur la supériorité de la pince de Charrière, dans la réduction des luxations du pouce, par M. Desprès, pour arriver à la discussion importante provoquée par une communication de M. Verneuil sur les récidives apparentes de la coxalgie dues à l'atrophie de certains muscles.

Frappé de ce fait que quelques petits malades présentent, longtemps après leur guérison, des déviations nouvelles consistant

dans la flexion directe de la cuisse sur le bassin, sans retour de fièvre ni de douleurs, sans adduction ni abduction, M. Verneuil s'est demandé si l'attitude vicieuse n'était pas due simplement à l'atrophie des fessiers et à la prédominance des fléchisseurs du membre inférieur, et il a tiré de cette hypothèse sa conclusion naturelle, c'est qu'on devait pouvoir prévenir ces fausses récidives par la faradisation précoce des muscles menacés ou frappés d'atrophie.

Cette théorie n'a pas rallié la majorité des membres de la Société de chirurgie, car, à l'exception de votre secrétaire qui, sans se prononcer sur la cause de ces accidents tardifs, a cité un cas tout à fait comparable à ceux de M. Verneuil, tous ceux qui ont pris part à la discussion en ont donné une interprétation différente.

Vous avez entendu M. Anger attribuer aux lésions articulaires ce qui, pour M. Verneuil, dépendrait plutôt de l'action musculaire, M. Trélat développer cette idée que la coxalgie peut être absolument indolente depuis le commencement jusqu'à la fin, et conclure avec M. Ollier dans le sens d'une rechute vraie, par réveil des phénomènes inflammatoires dont l'évolution ne doit être considérée comme à peu près terminée que lorsque l'ankylose est un fait accompli.

Une désarticulation de la hanche par la méthode ovalaire antérieure, suivie de guérison, par M. Verneuil; une désarticulation du genou, par M. Polaillon; des considérations sur les communications des cavités synoviales au point de vue de l'opération de Lisfranc, par M. Tillaux; nne résection du genou par M. Le Fort; un travail étendu sur la résection antiseptique du genou, par M. J. Bœckel, favorable à la pratique de cette opération même chez les enfants, voilà ce qui concerne la médecine opératoire des articulations. J'ai réservé pour la fin, à titre de nouveautés, quatre arthrotomies du genou à terminaison heureuse: une par M. Heurtaux, pour l'extraction de trente-cinq corps étrangers, trois par M. Nicaise, pour arthrite purulente, hydarthrose chronique et corps étranger. Dans tous ces cas, l'articulation a recouvré l'intégrité de ses mouvements.

Vous devez savoir gré à MM. Larger et Bousquet d'avoir fourni à M. Farabeuf l'occasion d'établir d'une manière précise le diagnostic différentiel des hernies musculaires proprement dites et des ruptures musculaires anciennes. Des considérations théoriques avaient amené M. Farabeuf à penser que, s'il existe des hernies musculaires vraies, ces tumeurs doivent disparaître lorsque le muscle intéressé perd sa flaccidité, soit par la tension active, soit par la distension passive. Or ces prévisions se sont trouvées pleinement justifiées sur le second malade présenté par M. Larger,

tandis que sur le premier, sur le malade de M. Bousquet et sur deux autres sujets montrés à M. Farabeuf par MM. Nicaise et Jouin, on voyait la tumeur se renfler et remonter vers l'insertion supérieure du muscle rompu.

Le pansement de Lister a fait ses preuves dans des cas de synovite tendineuse à grains riziformes, traités au moyen de l'incision et du drainage par MM. Notta, Nicaise et Polaillon. Cependant M. Desprès a cru pouvoir avancer que la condition fondamentale de la guérison définitive était la suppuration des parois kystiques, et il s'est trouvé en opposition d'idées avec MM. Trélat et Lucas-Championnière, sur ce point, et avec M. Verneuil, relativement à l'innocuité qu'il accorde au drainage simple. Bien des cas malheureux tirés de l'ombre plaideraient contre cette opinion.

Appliqué à l'extirpation d'un ganglion synovial, le pansement antiseptique a procuré à M. Halmagrand un succès franc et rapide.

A côté de trois cas d'anévrismes de la cuisse, traités avec bonheur par M. Combalat, au moyen de la ligature au-dessus du sac, à côté de l'observation d'hémorragie artérielle consécutive à l'ouverture d'un petit sac anévrismal de la main, que M. Pozzi a inscrite à l'actif de l'acupressure, à côté du travail sur le traitement antiseptique des phlébites suppurées dû à M. Demons, figure honorablement, dans l'ordre des lésions vasculaires, le mémoire de M. Richelot sur l'extirpation des angiomes pulsatiles.

L'un des sujets, dont il y est question, portait une tumeur de cette nature dans la région cervicale postérieure; chez l'autre, c'est la région fronto-pariétale qui en était le siège. M. Verneuil put, sans trop de difficultés, extirper la première avec l'écraseur, mais il n'en fut pas de même dans le second cas.

Malgré l'application de la bande d'Esmarch autour de la tête, malgré les pinces hémostatiques et le thermocautère, ce fut une séance émouvante et il fallut à l'opérateur tout le sang-froid que nous lui connaissons pour mener à bonne fin une entreprise aussi périlleuse. Une guérison complète fut l'heureux dénouement de ce drame.

M. Terrillon, le rapporteur du travail de M. Richelot, ne s'est pas prononcé absolument dans le sens de l'extirpation. A vrai dire, il faut la considérer comme un procédé de nécessité, le seul possible lorsque de larges anastomoses vasculaires condamnent les injections coagulantes à l'inefficacité absolue ou exposent à l'embolie pulmonaire, accident qui s'est produit chez le premier malade de M. Richelot. Alors, toute grave qu'elle est par les chances d'hémorragie inquiétante (M. Guéniot en a fait l'épreuve sur un malade opéré à l'hôpital Saint-Antoine), l'extirpation, aidée de tous

les moyens hémostatiques recommandés par M. Tillaux, s'offre comme la ressource ultime.

Parmi les questions sur lesquelles s'est fixée depuis quelques années l'attention du monde médical, une des plus intéressantes, sans contredit, est celle des élongations nerveuses. Déjà, au mois de décembre 1880, M. Gillette vous avait fait connaître ses premières expériences sur le cadavre et ses premiers essais sur le vivant; mais, voulant répondre à un reproche que lui avait attiré le défaut de précision de son manuel opératoire, notre collègue a fait construire un crochet élongateur dont la principale différence avec celui de M. Nicaise consiste en ce qu'il est muni d'un dynamomètre. Le nombre des élongations pratiquées jusqu'à ce jour par M. Gillette est de onze; en aucun cas l'intervention n'a eu de fâcheux résultats.

Le cas d'élongation du nerf lingual que je vous ai communiqué, présente ceci de spécial que l'opération a été conçue, non pas seulement dans le but de faire cesser la névralgie épileptiforme dont le territoire du nerf lingual était le siège, mais aussi d'agir à distance sur les branches temporales du trijumeau.

Ce résultat, quelque peu paradoxal au premier abord, a été obtenu, et je suis très heureux de pouvoir vous dire que la guérison s'est maintenue complète jusqu'à ce jour. Il en a été de même pour la malade à qui M. Polaillon a fait l'élongation du nerf dentaire inférieur.

Il est donc permis d'agir sur les nerfs crâniens, comme on l'a fait sur les nerfs périphériques, à condition de tenir compte des réserves de M. Nicaise relativement à la bénignité de ces opérations.

Les faits précédents n'enlèvent aucun intérêt aux résections nerveuses pratiquées par MM. Terrillon et Sée, le premier sur le nerf sous-orbitaire, le second sur le nerf sciatique poplité interne, dans une étendue de quinze centimètres. Résultat inespéré, tous les muscles ont repris leurs fonctions et le membre opéré ne différait de l'autre que par un certain degré de faiblesse.

L'extirpation de trois névromes cicatriciels d'un moignon de désarticulation de l'épaule, par M. Duplouy de Rochefort, complète ce que j'avais à vous dire du système nerveux.

La pathologie des téguments est représentée dans votre bulletin par une discussion sur le traitement de l'anthrax, par l'histoire d'un phlegmon diffus du membre inférieur, provoqué par de nombreuses injections de morphine, fait de la pratique de M. Trélat, et par une tumeur érectile congénitale pédiculée, simulant un doigt supplémentaire, présenté par M. Lannelongue.

On ne peut pas dire que la discussion sur le traitement de l'an-

thrax ait eu pour résultat d'en fixer la thérapeutique, car les opinions les plus contradictoires ont été tour à tour exprimées. Vous avez entendu alors M. Le Fort préconiser le curage, M. Sée, le procédé sous-cutané de Hueter, presque identique à celui de M. Alph. Guérin; M. Labbé, l'extirpation pour la variété ligneuse; votre secrétaire, les incisions, non pas hâtives, mais seulement vers le sixième ou huitième jour; MM. Verneuil, Tillaux et Desprès, l'expectation dans la grande majorité des cas; MM. Marjolin et Anger, les larges et profonds débridements; M. Trélat, une conduite appropriée aux indications; enfin M. Forget, les incisions suivies de badigeonnages iodés. Il ne pourrait y avoir plus grande diversité d'avis sur une question aussi simple en apparence, et je vois d'ici l'embarras du praticien en quête d'une solution définitive, à la lecture de cet important débat.

L'ophtalmologie est décidément une transfuge difficile à ramener. Sans les communications de M. Masse, sur les kystes de l'iris; de M. Nicati, sur la sclérotomie équatoriale, de M. Galezowsky, sur l'extraction des corps étrangers métalliques de l'œil, au moyen de l'aimant, de M. Meyer, sur la greffe cutanée appliquée à la cure de l'ectropion, et surtout sans les rapports extrêmement intéressants de MM. Giraud-Teulon, Monod et Berger sur ces travaux, vous auriez à déplorer une lacune fâcheuse dans votre bulletin.

M. Masse, appelé près d'un homme présentant une plaie de la cornée, remarque qu'un cil est étendu en travers sur l'iris. Peu après, deux petites tumeurs se développent sur cette membrane, dont l'une au voisinage du bulbe du cil qu'elle finit par englober. L'analogie permet de les considérer comme des épithéliomas perlés. Or, il est une particularité de la pathogénie de ces tumeurs iridiennes, c'est que quatre-vingts fois sur cent, d'après Rothmund, elles succèdent à une lésion mécanique de l'œil, d'où cette conclusion, étrange au premier abord, mais conforme aux résultats des expériences de M. Masse lui-même, que ces productions nouvelles dépendraient de la prolifération d'éléments cellulaires transportés traumatiquement sur l'iris, véritables greffes implantées par le hasard sur un terrain favorable.

Le rapport de M. Giraud-Teulon vous offre un excellent commentaire de ces faits curieux.

Je ne vous dirai qu'un mot de la sclérotomie équatoriale de M. Nicati, simple paracentèse du corps vitré, dont M. Le Fort a repoussé l'assimilation à son procédé bien connu de ponction de la sclérotique destiné à donner issue au liquide interposé à la choroïde et à la sclérotique, d'après sa théorie du glaucome.

Il me serait agréable d'analyser, comme il le mérite, le rapport de M. Berger relatif à l'emploi de l'aimant pour l'extraction des

corps étrangers métalliques de l'œil, véritable mémoire aux conclusions logiques et précises, d'où résulte que l'énucléation partielle du globe oculaire recouvrera peut-être dans l'avenir la supériorité qui lui est actuellement disputée par une méthode fort séduisante au double titre de l'ingéniosité et de la simplicité.

J'en dirai autant du remarquable rapport de M. Monod sur l'opération de greffe palpébrale de M. Meyer. Vingt-quatre succès sur quarante observations publiées représentent certes une proportion assez encourageante, mais parmi ces succès, il en est que la rétraction excessive des lambeaux transportés oblige à considérer presque comme des insuccès, de sorte qu'il est permis de se demander si la blépharorrhaphie combinée avec la greffe épidermique ne donnerait pas, dans bien des cas, d'aussi beaux résultats. Une restauration palpébrale, que je recherche actuellement dans ces conditions, après l'échec d'un essai de greffe cutanée, me confirme chaque jour dans cette pensée. Je dois cependant reconnaître que la malade présentée par M. Meyer offrait un exemple de succès très complet.

Un travail de M. Terrillon sur la surdité des employés de chemin de fer nous transporte sur le terrain des maladies de l'oreille, où nous trouvons encore une note de M. Paquet sur un nouveau procédé de myringodectomie, suivie de judicieuses réflexions de M. Tillaux, et deux cas de corps étrangers de MM. Bezzi et Bureau, brièvement commentés par M. Verneuil.

Des rapports vous ont fait connaître les faits de corps étrangers des fosses nasales de M. Dumas, de concrétions en godet d'origine arthritique observées par M. Vérité, un exemple de polype muco-fibreux enlevé au moyen de l'écraseur, par M. Linon; enfin, vous vous souvenez du malade que j'ai débarrassé d'un gros polype naso-pharyngien au moyen de deux flèches de Canquoin. Il aura malheureusement succombé dans peu de temps à la compression des centres nerveux par des prolongements intra-crâniens.

La chirurgie des régions vous a fourni un contingent important, mais malheureusement, en présence de tant de faits très différents les uns des autres, je me vois réduit presque à une sèche énumération.

M. Chauvel a fait avancer la question des amauroses consécutives aux traumatismes du crâne et de la face, en montrant que le trouble visuel était dû à des lésions multiples, au premier rang desquelles il faut placer la déchirure de la gaine fibreuse du nerf optique et la rupture des vaisseaux qui l'accompagnent. Notre nouveau collègue a pris votre avis sur un cas de convulsions épileptiformes des muscles du cou, du bras et du thorax, en relation

avec un traumatisme de la partie postéro-supérieure de la région temporale.

Prenant en considération la gravité de ces accidents, MM. Sée, Tillaux et Lannelongue n'ont pas hésité à conseiller la trépanation.

Je cite en passant un cas de kyste périostique du maxillaire supérieur, par M. Berger, simulant l'hydropisie du sinus; un travail de M. Terrillon sur le traitement de ces kystes périostiques par la méthode de M. Martin, consistant dans la résection de la racine dentaire malade au fond même de la poche et sans avulsion préalable. M. Magitot a trahi à cette occasion ses préférences presque paternelles pour la greffe dentaire, en faisant des réserves sur l'avenir de l'opération de M. Martin.

Vous devez à M. Trélat, à M. Combalat, à M. Paquet des observations de résection du maxillaire supérieur, à M. Tillaux un cas de résection de la moitié du maxillaire inférieur, remarquable par le fonctionnement normal de la moitié restante.

Une ablation totale de la parotide par M. Polaillon, un kyste huileux de la région mastoïdienne vu par M. Gillette, ont enrichi de deux cas intéressants la pathologie chirurgicale de l'extrémité céphalique.

J'arrive à la cavité buccale. Le lipome du plancher de la bouche opéré par M. Charles Monod s'ajoute aux cas très rares consignés jusqu'à ce jour.

En commentant devant vous un nouveau cas d'ulcère tuberculeux de la langue, M. Trélat n'a pas voulu simplement affirmer les réelles difficultés de diagnostic avec lesquelles on peut se trouver aux prises; il a soulevé en même temps une grave question de doctrine, celle de l'infection générale de l'organisme par les éléments partis d'un foyer tuberculeux primitif, et il s'est demandé si l'on ne pourrait pas prévenir cette infection en supprimant à temps ce foyer, de même qu'on fait l'extirpation d'un cancer, afin de couper court aux menaces de généralisation. Cette proposition a pu paraître hardie, étant donné que la préexistence de la diathèse est admise parmi nous comme une sorte de dogme. Elle a cependant trouvé un écho chez plusieurs de nos collègues, chez MM. Perrin et Anger particulièrement, qui, par comparaison, ont pensé que les tubercules de la choroïde représentaient une indication à l'énucléation de l'œil, à condition que la vision fût très altérée. Cette opinion peut se concilier avec la doctrine de la prédisposition diathésique, si l'on admet en outre l'auto-infection de l'individu par les éléments de la première manifestation locale.

La grenouillette est un de ces sujets qui ont le privilège de revenir périodiquement devant la Société de chirurgie, sans doute à

cause des obscurités de sa pathogénie et des difficultés de son traitement. C'est à l'occasion d'un cas de grenouillette sus-hyoïdienne envoyé par M. Dieu, et sur lequel M. Delens a été chargé de faire un rapport, que la discussion a pris naissance. Après avoir reproduit les arguments connus en faveur de telle ou telle théorie, après avoir vanté tour à tour les méthodes de traitement les plus efficaces, vous êtes arrivés finalement à cette conclusion qu'aucune d'entre elles n'était infaillible. Le côté le plus intéressant de la discussion a été sans contredit tout ce qui concerne le diagnostic des kystes dermoïdes du plancher de la bouche. Vous avez reconnu à ces kystes des caractères constants : leur siège médian et leur adhérence en un point unique, à la face postérieure du maxillaire, d'où cette conclusion que l'énucléation est pour eux le moyen thérapeutique par excellence.

Une observation de M. Nicaise montre que ces kystes peuvent être canaliculés dans leur portion adhérente et pédiculés par leur partie renflée.

De ces faits, où l'origine congénitale est incontestable, M. Verneuil a rapproché une disposition également congénitale signalée par Bochdaleck et consistant en un conduit tapissé d'épithélium vibratile, qui va du trou borgne de la langue au ligament glosso-épiglottique médian et se retrouve environ douze fois sur cinquante sujets.

Vous avez écouté avec intérêt le récit d'une extirpation totale du corps thyroïde pratiquée par M. Tillaux sur un jeune homme qui présentait des symptômes de goitre exophtalmique, et vous avez regretté qu'une généralisation hâtive du néoplasme, qui était un sarcome, ait causé la mort quelques semaines après une opération habilement exécutée. La thyroïdectomie a encore acquis droit de domicile parmi vous, grâce à deux extirpations partielles communiquées par MM. Perier et Richelot.

Laissez-moi vous rappeler encore le kyste du corps thyroïde guéri au moyen de l'électrolyse par MM. Berger et Onimus, les faits de sonde œsophagienne laissée à demeure pendant des semaines et des mois par M. Krishaber, à l'occasion desquels M. Lannelongue a rapporté à Boyer le mérite de la première application de cette méthode d'alimentation, enfin la communication incidente de M. Verneuil sur l'utilisation des sondes urétrales en caoutchouc rouge chez tous les individus condamnés par une opération quelconque à de grandes difficultés de déglutition.

L'abdomen n'a pas été oublié dans vos travaux. Déjà, au commencement de 1881, MM. Terrier et Polaillon vous avaient montré, par des exemples probants, que la hernie ombilicale n'échappe pas

aux règles admises aujourd'hui dans le traitement de l'étranglement.

Dans le cours de la discussion qui s'ensuivit, vous avez formulé quelques réserves relativement aux hernies volumineuses, mais pour les petites vous avez été unanimes à adopter le principe de l'intervention hâtive. De nouveaux succès de MM. Chipault et Chauvel ont justifié la révolution opérée dans les idées depuis le noir pronostic de Huguier.

Revenant à une opinion favorite, M. Verneuil a cherché à vous démontrer une fois de plus l'influence probable de la congestion pulmonaire, comme cause de mort dans l'étranglement en général.

Il n'y a pas longtemps, M. Trélat, à propos d'une observation de M. Lemée, rapportée par M. Perier, admettait pour les hernies incoercibles ou très douloureuses, et pour celles-là seulement, l'opportunité des tentatives de cure radicale. N'est-il pas remarquable que les deux seuls faits de ce genre qui figurent dans votre bulletin de 1881 nous viennent de l'étranger? N'est-ce pas le souvenir vivace des échecs et des méfaits du point doré, de la suture royale et des procédés de notre siècle qui maintient, chez nous, ces tentatives chimériques sous le coup d'un ostracisme mérité?

Nous devons cependant reconnaître que les incisions multiples des plans aponévrotiques au voisinage de l'anneau, recommandées par notre distingué collègue, M. Reverdin, de Genève, peuvent en faciliter la suture.

Il y aurait d'intéressantes réflexions à faire sur les procédés de traitement des kystes hydatiques du foie de MM. Verneuil, Sée et Tillaux, sur l'opération de laparotomie de M. Cazin dans un cas d'étranglement par diverticule intestinal, sur la magnifique opération d'entérectomie dont M. Kœberlé nous a lui-même fait le récit, sur l'entérectomie plus limitée pratiquée par M. Perier, mais l'heure avance et j'abuse de vos moments.

C'est presque empiéter sur l'année nouvellement commencée que de vous parler de votre discussion à peine fermée sur la colotomie lombaire. Qu'il me soit du moins permis de remercier M. Trélat du soin avec lequel il a tracé les règles d'une opération qne M. Desprès lui-même sera peut-être appelé à pratiquer un jour ou l'autre.

Les opérés de M. Trélat et de M. Tillaux ont été, pour nous tous, comme des arguments vivants en faveur de l'intervention active dont M. Pozzi a pu, de son côté, constater les heureux effets, et si M. Verneuil a plaidé la cause de la rectotomie, il savait parler à des chirurgiens convaincus, comme lui, que l'anus artificiel n'est qu'un pis-aller, en comparaison d'un simple débridement anal capable de donner d'aussi bons résultats.

C'est le moment de vous signaler le dilatateur anal de M. Nicaise, instrument ancien par la forme et le mécanisme, nouveau par sa destination actuelle.

Quant à la chirurgie topographique des membres, elle n'est représentée que par un kyste du petit doigt observé par M. Le Fort, dont le liquide a été analysé par M. Regnauld, par un éléphantiasis des deux membres inférieurs, si bien toléré depuis de longues années par la malade, que M. Monod n'a cru devoir recourir à aucun traitement, enfin, par un autre cas d'éléphantiasis limité à une jambe, que M. Th. Anger a guéri au moyen do la compression.

Sauf les mémoires de MM. Monod et Terrillon sur certaines lésions testiculaires, les communications relatives aux affections de l'appareil génito-urinaire consistent dans de simples observations curieuses à divers titres. Vous avez vu prendre place successivement dans votre Bulletin un cas d'hématocèle pariétale du scrotum, dû à M. Desprès, une hydrocèle chyliforme double des pays chauds, qui a donné lieu à une discussion où la question de l'origine parasitaire de cette affection a été, peut-être avec raison, soulevée par M. Verneuil, la description, par M. Forget, d'une plaie du pénis intéressante par le trajet du projectile, par la multiplicité des orifices d'entrée et de sortie et par la guérison d'une fistule urinaire du gland, malgré de sérieuses difficultés de traitement.

Par ses recherches sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de l'épididymite blennorrhagique et urétrale, poursuivies avec le concours de M. Monod, M. Terrillon a cherché à démontrer que les exsudats inflammatoires siègent surtout autour de l'épididyme, assertion à laquelle MM. Tillaux et Lannelongue ont fourni l'appui de leur expérience personnelle, mais les conclusions de M. Terrillon, relatives à la propagation directe de l'inflammation de l'urètre à l'épididyme, par le canal déférent, ont trouvé des adversaires dans M. Horteloup et surtout dans M. Desprès, qui a fait revivre la théorie de la rétention du sperme, tandis qu'elles ont été adoptées par MM. Trélat, Tillaux et Marc Sée.

A la suite d'expériences multipliées, M. Monod est arrivé à conclure que l'hématocèle traumatique du testicule exigeait, comme conditions, l'application d'une force considérable et la rupture de la tunique albuginée; mais tant de violence n'est pas nécessaire pour donner lieu à l'atrophie de l'organe. Sans compter les faits anciens, les nouveaux rapportés par M. Anger, M. Poncet et par moi-même sont là pour le prouver. On en trouve encore la preuve dans le mémoire de M. Terrillon sur la contusion du testicule, puisqu'il est disposé à nommer orchite atrophiante l'inflammation qui en est la suite.

Pour ce qui est des organes génitaux de la femme, je ne puis que vous citer le cancer du sein non récidivé depuis neuf ans dont nous a parlé M. Desprès, l'hypertrophie double éléphantiasique des mamelles que nous a fait voir M. Monod, le polype pédiculé de la vulve observé par M. Desprès chez une petite fille, un exemple très curieux d'inversion de la matrice, communiqué par M. Chavernac, l'hystérectomie pratiquée par M. Beauregard, dont M. Horteloup vous a rendu compte, les cas de prolapsus utérin opérés par M. Eustache suivant le procédé de M. Le Fort à peine modifié, deux tumeurs solides de l'ovaire, que vous ont fait connaître MM. Nicaise et Polaillon, enfin un kyste de l'ovaire dont le pédicule avait subi un certain degré de torsion, d'où nécessité de l'ovariotomie pratiquée par M. Duplay.

La communication la plus importante relative aux affections des voies urinaires est celle de M. Perier. Notre collègue vous a lu deux observations intéressantes de taille hypogastrique par la méthode de ballonnement attribuée à Petersen de Kiel, mais qui devrait plutôt porter le nom de M. Milliot. Votre secrétaire vous a rendu compte d'une opération de taille vésico-vaginale au moyen d'un instrument nouveau. En dehors de ces faits, je n'ai à vous signaler que des observations de corps étrangers de l'urètre et de la vessie, n'offrant pas un intérêt majeur.

J'aurai presque fini cette énumération forcément aride, lorsque j'aurai mentionné le travail de M. Sée sur l'emploi de la bande de caoutchouc, comme excellent moyen de compression soutenue, l'observation curieuse de staphyloplastie de M. Horteloup, l'emploi de la curette tranchante dans un cas d'épithélioma dé l'avant-bras, par M. Nicaise, enfin la rectification par M. Farabeuf du procédé de ligature de l'iliaque externe attribué à A. Cooper et mal connu en France, par suite d'une fausse interprétation du texte original.

Je termine en vous signalant le cas d'ablation du sein, par M. Polaillon, sur une femme enceinte de quatre mois, qui contribuera pour sa part à l'histoire des rapports de la grossesse et du traumatisme, et en m'associant à l'hommage que M. Wasseige a rendu, après des essais multipliés, à l'ingénieux forceps de M. Tarnier.

Tous ceux qui m'ont précédé à cette place ont gardé, j'en suis certain, un aimable souvenir de leur collaboration incessante avec chacun de vous ; vous croirez sans difficulté que je ne me sens nullement disposé à faire exception. Je ne pourrai oublier que, sans le concours de votre bonne volonté, je n'aurais pu répondre à votre confiance, et je me déclare amplement dédommagé de mes peines, si vous jugez que, dans l'accomplissement de ma tâche, je

ne suis pas resté trop loin en arrière du secrétaire idéal, écouteur toujours attentif, preneur de notes infatigable, rédacteur impartial, correcteur d'épreuves infaillible.

Éloge de M. Edouard-Pierre-Marie Chassaignac, membre fondateur, ancien président de la Société de chirurgie, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion d'honneur.

par M. **HORTELOUP,** secrétaire général.

Messieurs,

Lorsque, tournant le regard vers le passé, le chirurgien se reporte au commencement de ce siècle, il lui est difficile de se défendre d'un sentiment de fierté en passant rapidement en revue le nombre considérable de découvertes dont notre art s'est enrichi et, semblable au voyageur qui vient de gravir une de ces gigantesques pyramides que des rois orgueilleux, aux dépens de milliers d'existences inconnues, ont léguées à notre admiration, il éprouve une poignante émotion lorsqu'il songe à la somme d'efforts dépensés pour obtenir de tels résultats.

Mais, plus reconnaissante que les Pharaons, la Science conserve religieusement le nom des hommes qui travaillent à l'édification de ses monuments; aussi les fondateurs de la Société de chirurgie ont-ils voulu que, dans nos séances annuelles, pour honorer ceux qui ne sont plus, un des vôtres vous rappelât la part qu'ils ont prise aux progrès accomplis.

Parmi ces grandes découvertes, je crois qu'un des plus beaux titres de gloire de la chirurgie du XIXe siècle sera sans contredit l'histoire de l'infection purulente. En comparant ce que l'on enseignait alors et ce que nous savons actuellement, nous pouvons mesurer la grandeur de l'espace parcouru.

Avec quel étonnement lirait-on « que la suppression de la suppuration est plutôt une suspension de la marche de la plaie qu'un accident dont on doit craindre les suites fâcheuses ; que les abcès internes qui sont sans doute la cause de la mort du malade, doivent être aussi la cause de la suppression de la suppuration et que c'est la cause qu'on a prise pour l'effet [1]. »

Quel accueil ferait-on à cette explication des abcès du foie survenant à la suite des plaies de tête : « Les encéphalites produi-

[1] Boyer.

sent toujours de la gastro-entérite qui produit quelquefois une véritable hépatite [1]. »

Que penserait-on d'un chef de service « qui, en présence de collections purulentes, trouvées chez des opérés enlevés par l'infection purulente, les présenterait comme des masses tuberculeuses préexistantes et ramollies, permettant de se consoler de la perte des malades qui n'étaient après tout que de pauvres phtisiques, dont le terme fatal avait été avancé de quelques jours [2]. »

Les opinions dont je viens de réveiller le souvenir, n'étaient qu'un écho des doctrines médicales que les Cullen, les Brown, les Rasori, les Broussais cherchaient à faire triompher.

Armés des découvertes que la méthode expérimentale, inaugurée par Harvey, fournissait contre le roman hypothétique de l'humorisme ancien, ces hommes éminents voulaient établir l'importance prépondérante de l'altération des solides. Mais cette doctrine du solidisme, dont le règne était indispensable, ne pouvait avoir qu'une durée éphémère ; la physiologie, basée sur l'expérience et sur l'observation, allait montrer la voie dans laquelle médecine et chirurgie devaient s'engager pour trouver la vérité.

La thérapeutique de l'infection purulente devait bénéficier de merveilleuses recherches, et, sans être taxé d'exagération, on peut espérer que la génération nouvelle ne connaîtra plus que de nom cette triste complication des plaies.

L'histoire impartiale dira la part qui revient à chacun dans ce beau succès, mais je crois, Messieurs, que nous pouvons être certains que le rôle de la chirurgie française aura été considérable, et, sans vouloir devancer le jugement de la postérité, on peut affirmer que, parmi les noms qui brilleront au premier rang, on trouvera celui de M. Chassaignac, l'inventeur de l'*écrasement linéaire*, l'ingénieux créateur du *drainage chirurgical*.

Ce fut à votre tribune que, le 28 août 1850, M. Chassaignac, sous le nom de ligature métallique articulée, fit connaître l'écrasement linéaire, qui était une véritable révolution. Sauf l'arrachement, qui n'a jamais pu être considéré que comme un procédé de circonstance, l'exérèse rapide ne connaissait que l'instrument tranchant.

Faire tomber une tumeur en une seule séance, la détacher toute vivante en évitant l'écoulement du sang, tel fut le problème que voulut et que sut résoudre M. Chassaignac avec son écraseur linéaire, qu'il vous présenta quelques années plus tard.

[1] Broussais.
[2] Denonvilliers. *Éloge de Blandin.*

Quel est le chirurgien qui n'a pas examiné avec intérêt cet instrument intelligent ? Quoi de plus simple et cependant de plus puissant? Une chaîne à maillons d'acier entoure exactement le pédicule de la tumeur qu'on veut enlever. Les extrémités de cette chaîne s'engagent dans un solide étui métallique, et un levier à double crémaillère fait rentrer alternativement chacune de ses extrémités avec un mouvement de va-et-vient réunissant à l'action de l'écrasement celle de la scie.

Lentement, le chirurgien augmente graduellement la constriction ; un bruit sec annonce, d'abord toutes les demi-minutes, puis toutes les minutes, un nouveau progrès ; enfin la chaîne joue librement dans l'étui, la section est achevée.

Que vient-il de se passer? Est-ce une plaie béante dont il va falloir rapprocher les bords? Va-t-il être nécessaire de poser des ligatures? Non, rien de tout cela. Les tissus sectionnés sont tassés, comme feutrés ; la section forme une couche exsangue qui constitue sur les tissus subjacents une sorte de pansement par occlusion. Sur cette couche, enveloppe protectrice, vont naître des bourgeons charnus et va se constituer la cicatrice. Les vaisseaux sont oblitérés; les artères par un mécanisme semblable à celui de la torsion, les veines par une adhésion intime des parois.

Peut-on comparer l'écrasement linéaire à d'autres méthodes ? N'est-ce qu'une modification des serre-nœuds précédemment connus ? N'est-ce que la ligature en masse ? Il me semble presque puéril de répondre aujourd'hui à de semblables questions. Une fois le lien constricteur appliqué sur le pédicule, combien grande est la différence entre le mode d'action de ces méthodes ! Dans l'une, l'inflammation est indispensable pour obtenir la section; dans l'autre, le traumatisme de la chaîne agit exclusivement. L'une demande plusieurs séances, l'autre une seule. Enfin, l'une est inapplicable sur le cadavre, l'autre détruit également tissus vivants et tissus morts.

La méthode, l'instrument même, n'ont pu être modifiés, et comme Broca l'a écrit, avec son grand sens critique : « L'écrasement linéaire appartient à M. Chassaignac. Il n'avait été précédé par personne ; il l'a seul créé, vulgarisé, conduit à maturité. Tout ce qu'on a essayé de faire après lui pour modifier sa méthode, n'a conduit qu'à une détérioration et non pas à un perfectionnement [1]. »

Je ne doute pas que semblable jugement ne puisse être porté sur le drainage chirurgical.

[1] BROCA.

Sous ce nom emprunté à la langue anglaise, M. Chassaignac a préconisé, ainsi qu'il le disait avec un juste orgueil, le plus vaste système de canalisation qui ait jamais été appliqué aux affections purulentes de l'homme.

Pour y parvenir, il propose de traverser de haut en bas les collections avec des tubes en caoutchouc vulcanisé percés de trous. Au début de ses recherches il faisait, avec le bistouri, les ouvertures nécessaires à l'introduction des tubes, mais toujours guidé par cette idée qu'il poursuivra toute sa vie : éviter les ouvertures des vaisseaux, il inventa un long trocart qui lui servait à faire la ponction, la contre-ponction et à diriger son tube.

L'idée de donner au pus un facile écoulement n'était pas nouvelle ; Guy de Chauliac disait qu'il fallait mettre des tentes et des mèches « aux playes qne nous voulons eslargir, nettoyer ou en retirer quelque chose du fond, comme sont playes profondes qui ont besoin de contre-ouvertures, à cause de la liqueur ou liquide excrement qui s'amasse au fond et en ces espaces. » On peut aussi se servir, dit-il, « d'une canule d'étain ou d'argent pertuisée afin que l'ordure en sorte d'elle-même et ne soit enclose. »

Je ne sais si du temps de Guy de Chauliac on obtenait toujours le résultat demandé, mais qui ne se rappelle les flots de pus s'échappant d'une plaie où l'on avait placé, avec grand soin, des mèches, des tentes ou même des canules élastiques souvent difficilement supportées. Tout cela est à jamais oublié et remplacé par ces tubes auxquels leur souplesse, leur innocuité donnent de tels avantages qu'ils ont élevé ce moyen si simple à la hauteur d'une méthode [1].

M. Chassaignac mit huit ans pour compléter ses recherches ; enfin, en 1859, dans un ouvrage intitulé : *Traité pratique de la suppuration et du drainage,* il exposa magistralement l'emploi de sa méthode dans toutes les affections purulentes.

L'écraseur linéaire, le drainage ont fait connaître M. Chassaignac dans le monde entier, mais où aura-t-il jamais été plus apprécié qu'à la Société de chirurgie dont il fut un des membres fondateurs et un des dignitaires ?

Pour rendre aujourd'hui un dernier hommage à notre ancien président, il suffit de raconter la vie modeste, tranquille de cet homme de talent qui n'eut qu'une passion, le travail.

M. Édouard-Pierre-Marie Chassaignac est né à Nantes le 24 décembre 1804.

Son père, d'origine française, avait longtemps vécu à la Martinique où, dans une épidémie de fièvre jaune, il perdit une première

[1] Rochard.

femme et plusieurs enfants. A la suite de ce malheur, il vint s'établir à Cuba, où il épousa une jeune créole de Saint-Domingue qui venait d'échapper avec sa mère à une révolte de nègres dans laquelle son père avait trouvé la mort.

Peu de temps après son second mariage, il rentrait en France, s'établissait à Nantes où se passa toute la jeunesse de son fils.

On se serait peu douté, m'a-t-on dit, du travailleur infatigable que devait être M. Chassaignac, en voyant ce jeune garçon indiscipliné, ne voulant rien apprendre; mais un triste événement devait transformer cette nature impressionnable. M. Chassaignac perdit sa mère, il avait onze ans. Ce fut pour lui un coup violent. Il comprit la perte irréparable qu'il venait de faire et, subitement transformé, il devint un des élèves les plus brillants du collège de Nantes.

Les couronnes qu'il obtenait au collège n'étaient que le prélude des succès plus sérieux qu'il devait remporter dans ses études médicales.

Lauréat de l'École de médecine, premier interne de l'Hôtel-Dieu, M. Chassaignac désirait vivement conquérir le titre d'interne des hôpitaux de Paris, mais cette légitime ambition ne devait pas se réaliser. Pendant le concours paraissait un règlement limitant l'âge d'admission, il ne fallait pas avoir vingt-cinq ans au premier janvier et, pour huit jours, il ne put être nommé.

M. Chassaignac savait quelle était l'importance de ces quatre années qui ont, sur toute notre carrière médicale, une si utile influence; aussi son regret fut-il grand! On peut en retrouver un lointain souvenir, lorsqu'en tête d'un de ses ouvrages, il parle « de ce corps d'élite auquel se rattachent tant d'espérances et de sympathies, dans lequel on trouve d'utiles et honorables collaborateurs qui concilient toujours le dévouement avec l'indépendance. »

En quittant Nantes, M. Chassaignac avait reçu de son père une petite somme d'argent lui revenant de sa mère, il savait qu'il ne pouvait plus rien attendre ; aussi en voyant lui échapper cette position d'interne sur laquelle il comptait pour lui venir en aide, n'eut-il plus qu'un désir : passer rapidement ses examens et retourner à Nantes où l'honorabilité de son père, les bons souvenirs que lui-même y avait laissés, pouvaient lui permettre de se créer rapidement une situation.

Mais un homme, dont la mémoire est restée profondément gravée dans le cœur de tous ceux qui l'ont connu, Alphonse Robert, l'avait distingué parmi les élèves qui suivaient ses cours de médecine opératoire; il le détourna de son projet et l'engagea à tenter le concours de la Faculté de médecine. Le conseil était bon, le

résultat ne se fit pas attendre, car, peu de temps après, M. Chassaignac était nommé aide d'anatomie.

Cette nomination lui ouvrait les portes de l'École Pratique, où, sous l'influence de Robert, bientôt suivi par Lenoir, Michon, se formait cette brillante école qui, en contrebalançant l'influence prépondérante de l'école trop mécanique de Lisfranc, allait créer la médecine opératoire, et peupler la France, l'Europe entière, de chirurgiens, non seulement adroits, mais sachant discuter les indications opératoires et choisir entre les procédés et les méthodes.

M. Chassaignac n'était pas homme à rester en arrière et, en ouvrant des cours d'anatomie, de médecine opératoire qui attiraient de nombreux élèves, il n'a pas peu contribué à l'éclat de cet enseignement libre auquel, peut-être par un pressentiment, l'éminent doyen de la Faculté adressait, il y a quelques années, un dernier salut : « Notre école française, naguère sans rivale, écrivait-il, souffre d'un mal profond. L'enseignement libre autrefois si florissant, source généreuse à laquelle tant de générations d'élèves ont puisé les premières leçons, précieux auxiliaire plein d'activité et de jeunesse, stimulant salutaire de la science officielle, dont il était la force, le mouvement, la vie, l'enseignement libre se meurt [1]. »

Cette crainte est aujourd'hui réalisée; étouffé, étranglé ou mort de sa belle mort, je ne veux pas le rechercher, l'enseignement libre n'existe plus. Est-ce un bien ? Est-ce un mal? Était-il nécessaire de resserrer dans une seule main des forces éparses, de donner une impulsion unique? L'avenir le dira. Mais lorsque, dans une épreuve de concours, on voit presque tous les candidats répéter scrupuleusement le procédé du maître, on peut se demander si, au lieu d'avancer, nous ne retournons pas de cinquante années en arrière.

Ce premier succès que venait de remporter M. Chassaignac avait décidé de son avenir; il restera à Paris et, pendant vingt ans, toujours sur la brèche, on le verra affronter tous les concours.

Prosecteur de la Faculté en 1833, agrégé dans les sciences accessoires en 1835, il était nommé chirurgien des hôpitaux le 28 août 1840.

Pendant toute cette première période de 1830 à 1840, M. Chassaignac s'occupe presque exclusivement de recherches anatomiques. Il collabore au traité d'anatomie de M. Cruveilhier; il traduit la névrologie de Swann, il publie des recherches sur la distribution des nerfs dans les muscles, sur le cœur, les artères, les veines, sur la solidité des os, sur leur mode de résistance aux violences extérieures.

[1] BÉCLARD.

L'anatomie aura toujours pour lui un grand attrait, et plus tard il décrira la bourse séreuse sous-mammaire, le tubercule carotidien, le dédoublement des synoviales, mais sa nomination do chirurgien des hôpitaux lui livrait une mine épuisablo où ses remarquables qualités d'observateur et d'inventeur allaient donner naissance à une œuvre considérable.

Pour bien saisir l'esprit qui a dominé ces travaux remarquables, il est indispensable de faire un retour en arrière et de savoir comment M. Chassaignac avait été amené à étudier la médecine.

Pendant toutes ses études universitaires, les mathématiques avaient toujours eu pour lui un grand attrait, et des prix nombreux, respectueusement conservés, indiquent le succès avec lequel il les cultivait; aussi voulait-il entrer à l'École polytechnique et tous ses maîtres lui affirmaient quo là était sa voie.

Un vieil ami de sa famille, le Dr Sue, frèro de l'ancien professeur à l'École de santé de Paris, et oncle du célèbre romancier, voyait avec regret cette détermination; il cherchait à entraîner M. Chassaignac vers la médecine et, voulant lui donner une idée de l'intérêt qu'il rencontrerait dans l'étude de cet art, il lui demanda de parcourir un livre qu'il lui remettait. Le Dr Sue connaissait bien son jeune ami; il savait que pour captiver son esprit, il fallait surtout lui présenter des faits positifs indiscutables, aussi lui donnait-il un traité d'anatomie. Quelques jours après, M. Chassaignac rapportait ce livre; les descriptions si exactes, presque géométriques, l'avaient vivement intéressé et, abandonnant le concours de l'École polytechnique, il se décide à étudier la médecine, où il apportera cette rectitude de jugement, cette précision qu'exigent les sciences mathématiques, mais qui le rendront peut-être trop esclave du fait, du résultat auquel il donnera souvent une valeur trop absolue.

Loin de mon esprit l'idée de soutenir que les mathémathiques ne soient pas une excellente préparation pour aborder les études médicales; je trouverais, près de cette tribune, dans un de nos sympathiques collègues, un formel démenti, mais, en médecine, en chirurgie, on ne peut donner même à un fait bien observé, à une opération bien combinée l'importance de la résolution d'une équation. Réunir deux, dix, cent faits ne conduit à rien si on ne met pas en évidence les points particuliers, si on ne cherche pas à aller au delà du fait brutal. Rappelez-vous ce que disait, dans un discours resté célèbre, notre grand clinicien Trousseau. « Vous n'êtes pas à la remorque des faits, vous les tenez dans votre main enchaînés et sommés de vous répondre; ils ne vous imposeront pas une idée, mais vous leur demanderez la vérification de vos idées; esclaves soumis de l'intolligence, ils doivent obéir. » « Dès que vous aurez

un fait, ajoutait-il, appliquez-y tout ce que vous possédez d'intelligence, cherchez-y les côtés saillants, voyez ce qui est en lumière, laissez-vous aller aux hypothèses, courez au-devant, s'il le faut. »

Quoi de plus éminemment clinique que cette façon d'interpréter la valeur des faits ? Où en serait cette question, qui se présente chaque jour devant le chirurgien, l'influence de l'état général sur le pronostic des traumatismes, si, partant de quelques faits bien observés, un esprit des plus fins, que je n'ai pas à louer devant vous, avait reculé devant une hypothèse que l'avenir devait rapidement transformer en proposition indiscutable.

Mais dans les sciences exactes, il n'en est plus de même, et pour lier ensemble des phénomènes qui semblent disparates en déterminant leurs rapports mutuels, il faut s'appuyer, comme l'a dit Laplace, non sur des considérations vagues et conjecturales, mais sur de rigoureux calculs.

On raconte que ce grand géomètre venant de publier le premier volume de sa *Mécanique Céleste*, et l'ayant adressé aux membres de l'Académie des Sciences, fut abordé, à une des séances suivantes, par son illustre collègue, le général Bonaparte : J'ai lu avec grand intérêt, lui dit-il, votre beau travail, mais quelque chose m'a étonné, vous ne parlez pas de Dieu. — Je n'ai point eu, répondit Laplace, à m'occuper de cette hypothèse.

Cette réponse, dont on a voulu bien à tort tirer une preuve d'athéïsme, n'était qu'une parole de savant n'admettant pas que, dans une discussion de chiffres, on fît intervenir un élément que l'on ne peut évaluer.

Malheureusement dans ce grand problème de la vie dont la solution se présente chaque jour au chirurgien, il y a bien des éléments qui ne peuvent être évalués ; et si vous voulez me permettre une comparaison qui rentre dans le même ordre de raisonnements, la solution dépend non seulement de l'intelligente manière de disposer les chiffres, mais encore de la main qui les trace et du tableau sur lequel on les inscrit.

M. Chassaignac, avec la tournure d'esprit que lui donnèrent ses premières études, n'aima ni les théories ni les hypothèses, il ne put jamais accepter les incertitudes des recherches du laboratoire. Il protesta toujours contre la prétention de donner le pas aux expériences sur les recherches cliniques et, terminant un discours qu'il prononça à l'Académie, il affirmait ses convictions en disant : « Tant que les systèmes en médecine ne se combattent que sur des terrains de vérités subjectives ou personnelles, ils peuvent se discuter ; mais quand, s'adressant à des choses, où tout homme

de bon sens peut compter et mesurer, ils s'attaquent à des vérités géométriques, ils ne s'en relèvent pas. »

Toute l'œuvre de M. Chassaignac se ressent forcément de cette tendance trop analytique qui l'a souvent arrêté dans la voie de déductions d'un ordre élevé et qui, contradiction curieuse, ne l'a pas préservé de fâcheuses exagérations. Le drainage donne de bons résultats dans les vastes foyers purulents, pourquoi ne pas l'employer dans toute collection qu'il faut évacuer? l'écraseur est admirable pour l'ablation des tumeurs pédiculées, pourquoi ne pas y recourir pour toutes tumeurs où l'on pourra, même artificiellement, obtenir un pédicule?

Lorsque M. Chassaignac fit connaître son procédé d'écrasement linéaire, on fut tout d'abord étonné, on trouva cette chirurgie un peu excentrique, on alla même jusqu'à prononcer l'épithète barbare; on se refusa à croire aux avantages que son inventeur lui assignait, on cita des opérations dans lesquelles la chaîne s'était brisée et qu'il avait fallu terminer avec le bistouri, d'autres dans lesquelles il y avait eu des hémorragies, d'autres où l'infection purulente avait entraîné la mort. Mais cette méthode avait trop de réels avantages pour ne pas triompher de ces critiques, et, si on n'a pas suivi M. Chassaignac sur le trop vaste champ où son enthousiasme l'entraînait, aujourd'hui l'opinion est faite, l'écrasement linéaire a des indications positives et ne disparaîtra pas de l'arsenal chirurgical.

En même temps qu'il continuait ses recherches sur l'écraseur, M. Chassaignac préparait trois mémoires d'une importance capitale. A quelques semaines de distance, l'Académie des sciences entendait la description de l'*ostéo-myélite*, la Société de chirurgie, celle des *abcès sous-périostiques aigus ;* l'année suivante, c'est à l'Académie de médecine qu'il lira ses recherches sur le *phlegmon diffus*.

De ces trois redoutables affections, que M. Chassaignac désignera sous le nom expressif de *typhus des membres*, les deux premières, l'ostéo-myélite et l'abcès sous-périostique, étaient tout à fait inconnues.

Sauf la description que Gerdy avait faite de l'ostéite d'origine traumatique, on ne soupçonnait nullement cette inflammation spontanée de toute la masse osseuse.

On accueillit avec empressement la description de ces deux affections inflammatoires des os : l'une superficielle, susceptible de guérir avec des incisions, des lavages, l'autre toujours mortelle si on ne porte pas le couteau dans l'articulation supérieure.

En assignant à la suppuration deux sièges, deux points de départ, M. Chassaignac s'était laissé guider par des résultats clini-

ques qui ne légitimaient peut-être pas cette division; et d'importants travaux que vous avez tous présents à l'esprit, Messieurs, paraissent devoir la reviser.

Mais ils n'ont pas changé l'histoire de l'ostéo-myélite avec son début insidieux, son gonflement particulier en forme de bourrelet, son pus huileux, ses douleurs atroces, comparables à celles des fractures, sa marche effroyablement rapide, envahissant l'épiphyse, perforant les cartilages, développant une arthrite purulente et se propageant à l'os voisin; ceci n'a pas été ébranlé et le tableau tracé par M. Chassaignac restera comme un modèle de vérité et d'exactitude.

Ses recherches sur le phlegmon diffus étaient forcément moins originales, mais elles sont bien curieuses à lire, car jamais M. Chassaignac n'a déployé à un plus haut degré ses qualités d'analyste.

Pour bien étudier le phlegmon diffus, il faut, dit-il, faire l'anatomie pathologique sur le vivant. Un bistouri d'une main, une éponge de l'autre, il étudie millimètre par millimètre les lésions des tissus qu'il incise. Grâce à ce procédé expérimental, il élimine l'érysipèle phlegmoneux, le phlegmon par diffusion et il assigne quatre formes particulières au phlegmon diffus, qu'il considère comme une maladie *sui generis*, dont la caractéristique est d'attaquer d'emblée et simultanément, dans une certaine étendue, telle ou telle couche du membre.

Tous ces beaux travaux devaient trouver place dans son grand *Traité de la suppuration et du drainage*. Ces deux compacts volumes sont certainement l'ouvrage le plus complet qui ait été publié sur ce sujet.

On y trouve l'histoire détaillée de toutes les affections qui s'accompagnent de suppuration, car pour M. Chassaignac, le pus de quelque nature qu'il soit, dans quelques tissus qu'on le trouve est toujours le résultat d'un même processus, l'inflammation; et les dérogations apparentes à cette loi, dit-il, ne sont autre chose que des cas où nous n'avons pas su discerner la présence de l'inflammation.

Les phénomènes qui accompagnent la formation de la suppuration sont, pour lui, une insurrection vitale, un résultat du principe de défense. C'est la révolte de l'économie qui réagit contre la formation de cette sécrétion morbide et, dès qu'une goutte de pus est formée, c'est une goutte d'acide jetée dans un parenchyme. Une mauvaise constitution, les violences extérieures, le contact de l'air altèrent les produits des sécrétions traumatiques; la présence du pus facilite le développement de la suppuration, et, dès que le pus est formé, il faut que l'économie le rejette au dehors.

Partant de ces idées, on comprend avec quelle conviction, avec

quel enthousiasme, je dirai même avec quelle passion M. Chassaignac soutint le pansement par occlusion et le drainage chirurgical qui assurent l'immobilité, mettent les plaies à l'abri du contact de l'air et du pus, rapprochent les parois des foyers et empêchent l'insuffisance d'émission du pus et la rétention purulente.

Ce volumineux traité du drainage n'est pas un livre destiné à l'étudiant; c'est le livre du chirurgien qui sait et qui peut discuter. On peut ne pas accepter toutes les idées, tous les préceptes qui se rencontrent à chaque page, mais c'est un livre que l'on consultera avec fruit.

En le publiant, en faisant connaître le résultat de ses nombreuses expériences cliniques, M. Chassaignac a établi incontestablement les avantages du drainage et l'avenir ne manquera pas de confirmer le jugement impartial qu'en a porté l'éminent historien de la chirurgie du XIXe siècle : « De tous les services que M. Chassaignac a rendus à la thérapeutique chirurgicale, c'est celui qui nous paraît mériter le premier rang. »

C'est en 1853, dans le mémoire sur les abcès sous-périostiques que l'on trouve indiqué, pour la première fois, l'emploi des tubes en Y et des sétons perforés sous le nom de canalisation permanente. D'une application restreinte d'abord, ce ne fut que plus tard que M. Chassaignac, dans son service de Lariboisière, étendit et vulgarisa sa méthode.

Lorsque M. Chassaignac entra à l'hôpital de Lariboisière, il y avait deux ans qu'un décret avait aboli le concours pour le professorat.

Lutteur infatigable, M. Chassaignac, depuis sa nomination à l'agrégation, avait pris part à tous les concours ouverts à la Faculté : pour la chaire d'anatomie en 1836 et 1846, pour les chaires de clinique, de médecine opératoire, que les morts de Samson, de Bérard, de Blandin avaient laissées vacantes.

Sa parole chaude, son langage expressif, ses qualités d'exposition, sa grande érudition, sa connaissance de la littérature étrangère dont il avait donné des preuves en traduisant A. Cooper, l'avaient désigné, dès les premiers concours, comme un futur vainqueur, mais peu à peu ses chances diminuèrent.

Son invention de l'écrasement linéaire lui avait été presque nuisible ; on n'en comprit pas de suite la portée et on crut bien à tort à un intérêt personnel. Sa pratique que l'on connaissait mal avait un renom de trop grande hardiesse, presque de violence; on parlait d'opérations insolites, bizarres. En 1848, des idées d'un libéralisme un peu naïf lui avaient fait prendre part à une campagne contre le cumul des places, utopie généreuse qui le fit considérer comme un révolutionnaire. Son caractère ardent, tout, enfin, avait con-

tribué à lui donner la réputation d'un homme exalté, à tempérament inégal, d'un chirurgien téméraire, aventureux, qui effarouchait les sympathies et, lorsque le concours fut aboli, on put croire que ce mode de nomination ne lui eût pas ouvert les portes de la Faculté.

M. Chassaignac se rendait très bien compte de cette impression; aussi abandonna-t-il toute tentative de candidature, et donna-t-il toute son activité à son service hospitalier qu'il aimait passionnément.

D'une exactitude ponctuelle, M. Chassaignac ne prenait jamais de congé et, tous les jours à huit heures et demie, il faisait son entrée dans ses salles, portant à la main des boîtes remplies d'instruments nouveaux que les poches de son vêtement ne pouvaient contenir.

La visite commençait; derrière les élèves tous munis de tubes à drainage, venait un infirmier portant sur un plateau, à côté d'une solution de nitrate d'argent, une pelote de pinceaux faits avec de la ouate. Toute surface de plaie, tout foyer purulent étaient touchés avec cette solution; pour M. Chassaignac, c'était un préservatif, un modificateur des plaies, un antiputride.

Il voyait avec soin tous ses malades, il appliquait ou faisait appliquer devant lui sa cuirasse avec les bandelettes de sparadrap que l'on désigne sous le nom de pansement de Chassaignac. « Votre pansement n'est pas nouveau ; sauf le mot de cuirasse, on en trouve la description dans l'article de Samson », lui objectait Lenoir en argumentant sa thèse sur les fractures compliquées où il exposait ce pansement par occlusion ; M. Chassaignac n'a jamais eu la prétention de l'avoir inventé, mais par le développement qu'il lui a donné, par le nombre d'observations qu'il a publiées sur son emploi, il a certainement contribué, en le faisant accepter dans la pratique, à montrer tous los avantages de l'occlusion.

M. Chassaignac restait tard à l'hôpital, surtout les jours do consultations qu'il tenait à faire complètes. Il avait pour certaines affections des traitements expéditifs un peu extraordinaires, dont il aurait difficilement expliqué le mode d'action; ses élèves se souviennent d'un certain suspensoir de velours dont le nom harmonieux répondait mal aux sensations que développait son application.

Les opérations se faisaient à jours déterminés et M. Chassaignac aimait à réunir, pour l'emploi de son écraseur, des opérations analogues; trois, quatre malades subissaient, le même jour, l'ablation de la langue. Le chef de service, les internes tenaient chacun un écraseur que l'on manœuvrait presque au commandement.

L'amygdalotomie avait une mise en scène particulière; dans

des leçons cliniques faites sur l'hypertrophie des amygdales, M. Chassaignac a longuement insisté sur les troubles profonds que cette affection, en diminuant la prise d'air nécessaire, peut amener dans l'organisme; aussi conseille-t-il toujours l'énucléation.

L'instrument qu'il avait adopté était, sauf une légère modification, celui [de Fahnestock. Sachant la résistance qu'opposent les malades lorsqu'il faut procéder à l'ablation de la seconde amygdale, M. Chassaignac commençait par saisir chaque amygdale dans un instrument qu'il fixait avec la fourche, puis il pratiquait coup sur coup les deux sections, c'est ce qu'il nommait l'ablation simultanée. Il faisait venir cinq ou six malades atteints d'hypertrophie des amygdales, les plaçait les uns à côté des autres, dans la position qu'il a conseillée, assis sur les talons, les genoux appuyés sur un matelas, la tête renversée en arrière et soutenue par un aide; il saisissait toutes les amygdales, puis, revenant sur ses pas, il les sectionnait en quelques minutes; rien n'était plus curieux, plus original et, ajoutons, rien n'était plus habilement fait que cette énulcéation en masse.

Lorsque M. Chassaignac était dans son service, il se surexcitait comme un artiste, ou plutôt il arrivait à l'ivresse du soldat devant l'ennemi. Une fois le bistouri à la main, il ne voyait plus qu'une chose, son opération; rien ne l'arrêtait, cris, sang, douleurs, tout disparaissait devant le but à atteindre.

Tous les lundis, M. Chassaignac faisait des leçons de médecine opératoire; en même temps qu'il faisait répéter à ses internes toutes les opérations, il complétait les matériaux nécessaires pour l'achèvement de son traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale.

C'est à vous, Messieurs, qu'il dédia cet ouvrage : « Dans vos discussions qui portent toujours sur des faits dont vous bannissez avec soin toute vaine phraséologie, j'ai puisé, écrivait-il en tête du volume, d'utiles enseignements dont j'ai tiré parti dans cet ouvrage et dont je vous rapporte tout l'honneur. »

Cette dédicace montre un des beaux côtés du caractère de M. Chassaignac, son amour de la vérité, sa parfaite loyauté. C'était au milieu de vous qu'il aimait à faire connaître ses procédés nouveaux, ses récentes inventions; plusieurs soulevèrent des discussions passionnées; les *résections partielles*, la *réunion des parois des abcès chauds*, le nouveau procédé de *résections, à incision unique* furent sévèrement jugés, mais M. Chassaignac ne se déroba jamais à une argumentation, il sut toujours apprécier la critique juste et sérieuse, et, en vous dédiant son livre, il rendait à la Société de chirurgie un hommage qui l'honorait lui-même.

M. Chassaignac employait volontiers le chloroforme qu'il maniait

habilement c'est lui qui créa le mot de tolérance anesthésique qui désigne si clairement cette période que, sans aucun danger, on peut prolonger aussi longtemps qu'il est nécessaire.

Que nos jeunes confrères relisent avec soin les pages que M. Chassaignac a consacrées à l'administration de ce précieux agent, ils y trouveront d'utiles et pratiques préceptes.

Les 1er janvier 1864, M. Chassaignac, atteint par l'âge de la retraite, quittait l'hôpital Lariboisière. Les dix années qu'il y passa furent la brillante époque de sa pratique chirurgicale; il fit connaître dans le monde entier le nom de ce nouvel hôpital. On venait de loin pour suivre sa visite, le voir opérer et, encore aujourd'hui, pour le désigner, l'appelle-t-on: le chirurgien de Lariboisière.

Les honneurs n'étaient pas venus en foule trouver M. Chassaignac pendant sa carrière active; la décoration de la Légion d'honneur ne lui avait été décernée que bien tard, à 57 ans, mais l'avenir lui réservait une juste compensation.

L'Académie de médecine devait lui ouvrir ses portes en 1868.

Vingt ans auparavant, M. Chassaignac avait posé sa candidature, mais il n'avait pas persisté; peut-être à cause de l'horreur que lui faisait éprouver toute démarche pouvant paraître intéressée? Pendant son séjour à Lariboisière, une princesse de la cour de Russie vint visiter l'hôpital; elle avait entendu parler de M. Chassaignac, elle désira le voir, elle l'entretint de son écraseur dont elle se fit expliquer le mécanisme et, lorsqu'elle se retira, son médecin engagea M. Chassaignac à demander une audience pour lui présenter son ouvrage sur l'écrasement en lui laissant entendre qu'une distinction honorifique en serait certainement le résultat. M. Chassaignac s'y refusa formellement.

Il n'aurait probablement jamais sollicité l'honneur d'être admis à l'Académie sans une démarche personnelle de son vieux maître, M. Velpeau. Les concours, avec leurs tristes récriminations, avaient refroidi les relations de l'élève et du maître, mais M. Velpeau, avec son grand esprit de justice, connaissait la valeur des travaux de M. Chassaignac.

« Vous devez faire partie de l'Académie, vint-il lui dire. Présentez-vous. Je vous appuierai. »

La savante compagnie, quelques années plus tard, ratifiait la promesse du grand chirurgien, qui n'était plus là malheureusement pour applaudir au succès de son ancien élève.

Lorsque M. Chassaignac fut nommé à l'Académie, une sourde maladie minait lentement sa robuste constitution.

De petite taille, mais gros et fort, la démarche pesante, les épaules rejetées en arrière, M. Chassaignac exprimait la force ; on

sentait l'homme bâti pour la lutte. La tête assez volumineuse était recouverte d'une abondante chevelure que les années avaient blanchie sans l'éclaircir. Des yeux noirs très vifs ombragés par d'épais sourcils, une bouche pincée, mais souriant facilement, donnaient à sa physionomie un abord aimable que complétait l'apostrophe paternelle avec laquelle il vous accueillait.

N'ayant pas eu de patrimoine, forcé de se créer une situation qui lui permît de vivre, M. Chassaignac n'avait pensé au mariage que tard. D'une union, pour laquelle le cœur seul avait été consulté, étaient nés un fils et une fille sur lesquels M. Chassaignac avait placé toutes ses espérances.

Il put un moment se regarder comme un des heureux d'ici-bas; une famille adorée, une situation qui ne pouvait que grandir lui offraient un avenir calme et serein, mais hélas ! ce bonheur complet devait être de courte durée.

En quelques jours, sa fille lui fut enlevée par cette affreuse maladie dont l'horreur même a inspiré au poète de touchantes paroles que les mères ne peuvent lire sans frissonner. Vous vous les rappelez :

Un jour, nous avons tous de ces dates funèbres,
Le croup, monstre hideux, épervier des ténèbres,
Sur la blanche maison, brusquement s'abattit.
. . . .
Tel qu'un fruit qui du givre a senti la piqûre,
L'enfant mourut.
. . . .

M. Chassaignac fut accablé par ce malheur; quelques mois plus tard, son ami, M. Moissenet, constatait les symptômes du diabète.

Tout rêve de fortune disparut, toute ambition s'éteignit ; quelques jours après cette cruelle séparation, paraissait le décret qui le nommait chevalier de la Légion d'honneur. « Il arrive trop tard », dit-il. Sauf quelques clients amis, M. Chassaignac se retira presque de la pratique civile; les personnes qui venaient le consulter chez lui, attendaient en vain. Lui si fier de son procédé rapide de trachéotomie éludait les appels de ses confrères.

Les émotions que lui causa sa candidature à l'Académie lui furent très préjudiciables. Lorsqu'il se décida, sur les instances de M. Velpeau, à se présenter, il avait cru sa nomination assurée; à la première vacance, le scrutin en décida autrement, M. Chassaignac crut voir, dans cet échec, un piège qui lui avait été tendu; des accidents graves se manifestèrent et, malgré le succès remporté plus tard, il était dans un déplorable état de santé lorsque la guerre éclata.

Il partit pour Nantes où une vie relativement calme enraya les progrès du diabète; il rentra à Paris, et lorsque sa santé le lui permettait, il venait prendre part à nos travaux.

Toujours occupé des affections osseuses, M. Chassaignac avait l'intention de publier une importante monographie sur les abcès des os; mais il n'eut pas le temps de l'achever; les divisions étaient indiquées, plusieurs chapitres presque terminés et en lisant les conclusions publiées dans nos bulletins, on regrette que M. Chassaignac n'ait pu la terminer.

Les grandes et belles discussions sur l'infection purulente, qui occupèrent l'Académie de médecine, le décidèrent à prendre la parole.

Il y défendit les opinions que l'on retrouve dans tous ses ouvrages : l'infection putride et l'infection purulente sont deux maladies entièrement distinctes, un traumatisme récent à vaisseaux ouverts est indispensable pour le développement de l'infection purulente dont n'est à l'abri aucun endroit, quelque salubre qu'il soit.

Il se refusa complètement à admettre la séduisante théorie miasmatique du typhus chirurgical, la large et puissante conception de la septicémie, avec son poison unique; pour M. Chassaignac, il n'y a qu'un agent à incriminer, le pus et, cependant, comment expliquer, si ce n'est par la formation d'un poison putride, ce qu'il appelait l'empoisonnement traumatique?

Mais quelle que soit la théorie qui puisse prévaloir, il reste acquis comme vérités incontestables que, pour se préserver de l'infection purulente, il faut chercher des procédés ouvrant peu de portes à l'entrée du poison et des pansements assurant un écoulement facile aux liquides dangereux; que trouver répondant plus nettement à ces deux indications que l'écrasement linéaire et le drainage?

Pendant l'été de 1879, M. Chassaignac était allé demander aux majestueuses allées de Versailles l'air et le soleil qui lui étaient nécessaires, lorsque subitement, dans la nuit du 25 au 26 août, il fut pris d'accès d'angine de poitrine; à onze heures du matin, il s'éteignait sans une plainte, sans une seconde de défaillance.

M. Chassaignac a pu voir arriver la mort, je ne dirai pas, sans regrets, car il laissait trop d'afflictions après lui, mais sans crainte; il savait que son œuvre était impérissable.

M. Chassaignac a été un inventeur, un promoteur; il a créé des procédés, des méthodes qui ont puissamment contribué à la transformation de la chirurgie.

Tous les serre-nœuds, toutes les anses coupantes ne sont que des dérivés de son écraseur.

Où en seraient les pansements antiseptiques sans le tube à drai-

nage ? Ils n'existeraient pas ; nous pouvons le dire hautement, car justice pleine et entière a été rendue à M. Chassaignac par l'illustre inventeur d'un pansement auquel nous devons tant de succès.

Si M. Chassaignac n'a pas eu de son vivant la grande place que l'histoire lui réserve, la faute en a été à sa trop grande hardiesse. Poussé par l'intuition plutôt que par le travail de la pensée, M. Chassaignac n'a pas toujours su préserver son esprit inventif d'entraînements qui ont nui à ses belles découvertes.

Ces entraînements, inséparables du génie créateur, rappellent ces vivacités de touche des grands maîtres coloristes que le temps, avec son occulte puissance, se charge de fondre insensiblement.

Les générations futures ne verront que les immenses services rendus à l'art chirurgical par M. Chassaignac. Son nom ne périra jamais, car ainsi que l'a dit André Chénier :

> L'esclave imitateur naît et s'évanouit ;
> . . . .
> Ce n'est qu'aux inventeurs que la vie est promise.

Proclamation des prix de la Société de chirurgie.

Prix Gerdy.

La commission avait choisi pour sujet: *De la réunion par première intention ; histoire et doctrines.*

Une somme de 1,500 francs a été allouée à M. Bousquet, et un encouragement de 500 francs à M. Cauvy.

Prix Demarquay.

La commission avait choisi pour sujet: *Du rôle étiologique de la contusion dans le développement des néoplasmes.*

Le prix a été décerné à M. René Leclerc.

Prix Laborie.

La commission avait choisi pour sujet: *Des suites éloignées de l'ovariotomie.*

Aucun des mémoires envoyés n'ayant été jugé digne d'être récompensé, le prix n'a pas été décerné.

Prix Duval.

Ce prix a été accordé à M. Dubar pour sa thèse sur les *tubercules de la mamelle.*

Séance du 25 janvier 1882.

Présidence de M. Labbé.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris ;

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Revue médicale de l'Est. — Lyon médical. — Bulletin de thérapeutique. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — Union médicale de la Seine-Inférieure. — Alger médical. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue scientifique de la France et de l'Étranger.*

3° *Gazette médicale italienne-lombarde. — British médical. — Gazette de santé militaire de Madrid.*

4° M. le baron Larrey offre à la Société de la part de M. le Dr Raoult-Deslongchamps un volume intitulé : *Du traitement des fractures des membres; nouvelle méthode dispensant du séjour au lit, etc., etc.*

5° Des lettres de remerciements adressées par MM. Combalat et Larger, nommés membres correspondants nationaux, et par MM. Bousquet, Cauvy et René Leclerc, lauréats de la Société.

Installation du bureau.

M. de Saint-Germain, président sortant, prononce les paroles suivantes :

Messieurs et chers collègues,

L'heure des adieux a sonné: votre président voit aujourd'hui expirer son mandat

Et monté sur le faîte il aspire à descendre.

Je ne veux point le faire et quitter le fauteuil où m'avait appelé votre bienveillante sympathie, sans vous remercier du fond du cœur de l'honneur que vous m'avez fait, le plus grand honneur que puisse briguer un chirurgien, et sans vous exprimer toute ma reconnaissance.

Je prie notre nouveau président, M. Labbé, et notre nouveau secrétaire annuel, M. Nicaise, de vouloir bien prendre place au bureau.

M. Labbé, président pour 1882, prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

Permettez-moi, en prenant possession de ce fauteuil, de vous remercier du grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant à diriger vos travaux.

Je ne saurais me dissimuler que j'ai une lourde tâche à remplir lorsque je lis les noms de tous ceux qui m'ont précédé à cette place ; mais j'espère que mon zèle, mon exactitude et mon désir d'impartialité absolue suppléeront à mon insuffisance.

Je crois être votre interprète fidèle en vous proposant de voter les remerciements les plus chaleureux à notre cher président sortant, M. de Saint-Germain, et à ses dignes collaborateurs pendant l'année 1881, MM. Horteloup et Le Dentu.

Communications.

Fistule congénitale de la région lombo-sacrée,

par M. Terrillon.

Je désire par cette communication appeler l'attention sur une variété de fistule cutanée, occupant ordinairement la région sacrolombaire, principalement au niveau du bord supérieur du sacrum. Ces fistules sont intéressantes à deux points de vue ; leur origine

de nature congénitale et les accidents qui peuvent survenir par le seul fait de leur existence.

Ces deux points seront le sujet des principaux développements de ce court travail.

Je n'ai trouvé, malgré mes recherches, aucune indication sur ces fistules cutanées qui ont probablement passé inaperçues jusqu'ici. Aussi, en rapportant brièvement les observations qui me serviront à établir leur histoire, je ferai connaître comment je suis arrivé à les étudier sur trois malades.

Le premier malade se présenta à l'hôpital temporaire de la rue de Sèvres (depuis hôpital Laennec) en 1877.

C'était un homme de 35 ans, bien portant, mais d'une obésité précoce. Il demandait à être délivré d'une série d'accidents, qu'il éprouvait au niveau de la partie supérieure de la rainure interfessière. Ces accidents, quoique légers, procuraient une gêne constante, car ils se répétaient souvent.

Dans la région indiquée existaient deux lésions absolument distinctes d'apparence, mais qui avaient certainement une intime connexion. Sur la ligne médiane on trouvait un orifice cutané, sans inflammation des bords et sans bourgeons, avec épithélium normal. Le stylet introduit par cet orifice qui avait la largeur d'une grosse sonde cannelée pénétrait dans une cavité de deux centimètres et demi de profondeur.

La partie terminale de la cavité était supérieure par rapport à l'orifice, et assez voisine de la surface cutanée. Les dimensions dans le sens latéral étaient suffisantes pour permettre au stylet de se déplacer dans l'étendue de un centimètre environ.

En résumé, on pouvait comparer cette cavité à une poche pyriforme située sous la peau ou séparée d'elle par une couche de tissu assez mince.

Une certaine quantité de liquide séro-purulent sortait de cette cavité. Le malade affirmait que, depuis l'âge de quinze ans environ, ce petit orifice donnait un liquide qui tachait légèrement le linge. Ses souvenirs les plus lointains lui permettent d'affirmer que l'orifice cutané existait depuis sa naissance et que sa mère avait souvent parlé devant lui de ses inquiétudes à ce sujet.

L'examen du liquide fit reconnaître la présence d'une grande quantité de cellules épithéliales pavimenteuses et de quelques leucocytes. Autour de la région occupée par cette fistule cutanée, existaient plusieurs autres orifices, ayant un aspect absolument différent. Ils avaient tous la forme et l'apparence de fistules purulentes, avec bords déchiquetés, bourgeons sanieux. La peau du voisinage était violacée et soulevée.

En pressant à leur niveau, on faisait sourdre du pus sanieux assez abondant.

Le stylet introduit dans ces cavités faisait saigner facilement et s'enfonçait dans le voisinage des parois de la fistule cutanée. Ces orifices

au nombre de cinq à six, correspondaient à autant d'abcès qui s'étaient développés à différents intervalles, s'étaient guéris momentanément et finalement étaient restés fistuleux et fongueux.

La sécrétion purulente assez abondante qui s'écoulait par ces différents orifices, salissait le linge du malade, qui était ainsi fort incommodé. Il faut ajouter aussi que le développement des abcès ou leur recrudescence inflammatoire par obturation momentanée des orifices donnait naissance à des souffrances très vives et très gênantes à cause de la région.

Déjà l'étude attentive de ces lésions, le caractère nettement cutané de la fistule médiane, les accidents qu'elle avait donnés antérieurement par la rétention des produits de sécrétion, ne me laissaient aucun doute sur la nature des accidents périphériques. Ceux-ci étaient bien dus à l'inflammation du tissu cellulaire autour du foyer primitif de rétention; et chaque fois que cette inflammation se reproduisait, un abcès nouveau se reformait ou un ancien s'enflammait.

J'ajouterai, pour terminer cette observation, que l'existence de la fistule cutanée fut parfaitement vérifiée par l'examen histologique qui fut pratiqué, après ablation totale de la paroi. Les autres trajets étaient tapissés de fongosités comme dans les fistules anciennes.

La cautérisation au fer rouge de tous les trajets et toutes les surfaces fongueuses, pratiquée après l'ablation de la paroi, transforma le tout est une large plaie plate et irrégulière, qui se guérit rapidement.

Un autre fait plus simple vient encore me confirmer dans l'idée que la fistule cutanée primitive était d'origine congénitale.

Étant à l'hôpital Saint-Antoine en 1878, j'eus l'occasion d'observer une jeune femme qui avait une lésion du même genre.

C'était une vigoureuse campagnarde, cuisinière à Paris, qui se plaignait, depuis plusieurs années, d'avoir au-dessus du sillon interfessier des poussées inflammatoires bizarres, guérissant après quelques jours, et laissant à leur suite un suintement purulent, qui augmentait cependant après chaque poussée. Elle appelait l'attention sur ce fait que, depuis sa plus extrême jeunesse, ses parents lui avaient affirmé qu'elle avait à ce niveau un trou qui n'existait pas chez les autres enfants.

Je trouvai un orifice cutané, nettement limité par une bordure en peau, et donnant accès dans une cavité assez semblable à celle du malade précédent. En pressant sur les parois de cette poche, qui était distendue à ce moment, on faisait sortir une certaine quantité de matière blanc-jaunâtre, formée par des amas d'épithélium pavimenteux avec un peu de liquide.

La malade racontait que, depuis plusieurs années, elle avait vu survenir à intervalles irréguliers la même inflammation qui la faisait souffrir pendant quelques jours et se calmait, lorsque l'orifice fistuleux donnait issue à une certaine quantité de matière analogue à celle que j'avais pu constater. Il n'existait autour de cette fistule aucune lésion secondaire analogue à celle de l'observation précédente.

Je ne pus faire l'examen de la paroi kystique entière, la malade se refusant à toute opération, parce qu'elle se sentit soulagée par suite de la sortie des matériaux retenus dans la cavité. Il me fut cependant possible d'en extirper un morceau, au moyen d'une paire de ciseaux fins. Cette paroi était constituée par tous les éléments de la peau. C'était donc bien une fistule cutanée, dans laquelle se produisaient des phénomènes de rétention amenant des accidents inflammatoires analogues à ceux qui se rencontrent quelquefois au niveau de l'ombilic infundibuliforme. Nous connaissons en effet un grand nombre de faits dans lesquels les débris épithéliaux retenus dans l'ombilic formant une cavité profonde, ont produit des inflammations vives et quelquefois des phlegmons étendus.

La malade sortit de l'hôpital après une huitaine de jours, et je la perdis de vue. Mais ce fait fut pour moi une preuve nouvelle de ma première hypothèse, c'est-à-dire de l'origine congénitale de ces fistules cutanées.

Aussi, dans la séance de la Société anatomique du 13 décembre 1878, je signalai ces deux observations à propos d'une communication de M. Ballet sur les kystes congénitaux de la région ano-coxygienne.

Je reviendrai sur ce sujet en discutant l'origine probable de ces fistules cutanées. Je préfère rappeler auparavant un troisième exemple de cette affection qui s'est présenté dernièrement à mon observation. La disposition des parties étaient à peu près analogue à celle des premiers malades.

Un homme de 37 ans, vigoureux et assez gras, présentait au même point, c'est-à-dire au-dessus de la rainure interfessière, une fistule cutanée, entourée de trois fistules purulentes à fond et orifices fongueux.

Depuis dix-huit ans, des poussées inflammatoires du côté de la cavité cutanée, et la formation d'abcès à répétition, avaient incommodé beaucoup le patient. Il désirait être débarrassé de cette infirmité.

Avec le thermo-cautère, je pus débrider largement tous les trajets fistuleux, et cautériser les surfaces fongueuses. La cavité cutanée qui pouvait avoir deux centimètres dans le sens transversal et trois dans le sens vertical, fut ouverte, et on pu constater qu'elle présentait une surface irritée et rouge, mais non fongueuse, analogue à de la peau au voisinage d'un foyer de suppuration. Avec le fer rouge, cette surface fut détruite aussi profondément que possible.

A la chute des eschares, quelques jours après, apparut une surface bourgeonnante qui montra que la peau avait été détruite, ce qui fut prouvé du reste par une cicatrisation accomplie dans de bonnes conditions. La guérison parut définitive.

Ce malade raconte qu'il avait la notion d'un orifice cutané existant à ce niveau depuis son enfance ; mais il n'avait attaché aucune importance à ce fait, car il n'en éprouvait aucun inconvénient.

Ces trois observations prouvent donc très nettement qu'il peut exister dans la région sacro-lombaire des dépressions cutanées, assez profondes pour former des fistules borgnes, sans connnexion avec les os. Mais il s'agissait de savoir si ce fait est absolument accidentel, ou si l'on trouve des traces de cette disposition congénitale. Or, mon ami M. Feré, interne des hôpitaux, a bien voulu faire des recherches sur ce sujet et il a constaté sur un certain nombre d'enfants, à l'Hospice des Enfants trouvés, des traces de cet enfoncement cutané. Il est très fréquent de trouver au niveau de la partie inférieure du sacrum une légère dépression cutanée, assez marquée chez les jeunes enfants gras.

Plus rarement il existe une véritable dépression en cul de poule, ayant de 4 à 7 millimètres, et formant le rudiment d'une fistule cutanée. Cependant M. Feré a pu en constater cinq bien distinctes sur les enfants qu'il a examinés. Ces faits furent publiés par lui dans le *Bulletin de la Société anatomique* (1878, p. 532).

Pour lui les dépressions seraient probablement le résultat de la fermeture de l'ombilic postérieur. Leur siège permettrait également de les rapprocher comme étiologie des kystes congénitaux de la région ano-coccygienne.

Les dépressions observées par M. Feré existaient pour la plupart assez bas sur le sacrum.

Chez les adultes, on peut trouver, quoique plus rarement, une semblable dépression, plus ou moins marquée et qui passerait inaperçue sans un examen minutieux de la région. Je l'ai constatée pour mon compte au moins quatre fois.

L'explication de la cause de cette dépression cutanée est, je crois, assez difficile à donner d'une façon exacte. Cependant on peut faire à ce propos deux hypothèses principales, qui toutes deux sont suggérées par l'étude du développement primitif de la moelle et de la colonne vertébrale. D'après la première hypothèse on pourrait considérer cette dépression qui ressemble assez à l'ombilic enfoncé, comme étant l'ombilic postérieur.

On sait en effet que de même qu'il existe une soudure antérieure des lames vertébrales antérieures formant un ombilic antérieur, de même il doit y avoir en arrière une soudure des lames vertébrales postérieures aboutissant à un ombilic de la région correspondante. Le point de la soudure postérieure est difficile à apprécier, à cause de la rapidité avec laquelle elle s'effectue; cependant quelques auteurs n'hésitent pas à la placer vers la partie inférieure de la moelle, plutôt que vers la partie supérieure, comme on l'a cru pendant longtemps: il correspondrait donc au point où se trouve la dépression que j'ai signalée. Enfin la soudure ombilicale postérieure serait ordinairement invisible, car elle se fait

sans intermédiaire, et sans donner, comme l'antérieure, passage à des vaisseaux qui constituent à celle-ci une physionomie spéciale.

L'autre hypothèse consiste à admettre qu'il ne s'agit ici que d'un spina-bifida à son plus faible degré de développement, et dans lequel l'ébauche seule du côté de la peau a eu lieu. Le siège de l'affection, sa forme déprimée avec cavité, pourraient faire admettre la réalité de cette origine.

Enfin, malgré le siège un peu élevé de ces fistules, il est possible d'admettre qu'il s'agit là d'une malformation congénitale, correspondant à la terminaison caudale de certains animaux.

M. Lawson Tait a publié dans les comptes rendus du congrès pour l'avancement des sciences d'Angleterre à Dublin (1877), un travail dans lequel il rapporte à cette étiologie la formation des fistules cutanées ano-coccygiennes. M. Gosselin, dans sa clinique, rapporte l'observation d'un petit enfant, qui présentait, exactement au même point où sont placées les fistules dont je donne la description, un appendice caudal de la grosseur du petit doigt. Cette tumeur était congénitale et M. Gosselin n'est pas éloigné de croire qu'il s'agissait là d'une malformation rappelant la disposition initiale mais passagère de l'embryon.

En présence de ces hypothèses multiples que je ne discuterai pas plus longtemps ici, il est permis de ne pas se prononcer d'une façon formelle sur l'origine de cette fistule. Cependant, je crois qu'on peut la rapprocher sans trop de difficultés des malformations qui constituent le spina-bifida, lorsqu'elles sont plus accentuées.

Discussion.

M. Desprès. Je rapprocherai des faits de M. Terrillon un cas que j'ai présenté à la Société anatomique en 1874 (*Bul. de la Soc. anat.*, p. 502); j'avais enlevé à une petite fille de 13 ans un kyste qui était situé en arrière de l'anus, dans la région coccygienne exactement sur la ligne médiane, et sans adhérence avec les parties profondes; ce qui permettait d'écarter l'hypothèse d'un ancien spina-bifida. L'examen histologique fait par M. Troisier a montré qu'il s'agissait dans ce cas d'un kyste dermoïde. J'ai supposé que cette tumeur pouvait être formée par une inclusion de la peau survenue pendant la vie intra-utérine.

Souvent, chez les enfants, il existe une petite dépression froncée à 2 ou 3 millimètres en arrière de l'anus.

Ces tumeurs peuvent s'abcéder et donner naissance à une fistule. Je ne pense pas cependant que les cas de fistules de M. Terrillon aient tous une même origine.

On a signalé, Dolbeau entre autres, des cas de spina-bifida à la

inoculent en quelque sorte les surfaces cruentées ou la matière unissante encore molle, de manière à empêcher ou détruire presque fatalement l'adhésion primitive. C'est au moins autant pour empêcher l'abord des gaz jusqu'aux surfaces avivées que pour accroître l'étendue de ces dernières, que j'avais essayé la suture profonde ; on a vu quels résultats médiocres m'a donnés cette innovation.

La difficulté de se mettre à l'abri de cette cause d'insuccès m'a conduit à abandonner la réunion sanglante, l'adhésion secondaire semblant moins compromise par la contamination stercorale.

Examinons maintenant mes réussites. Quatre malades, je l'ai dit plus haut déjà, ont été guéries. Deux fois ce résultat a été obtenu *du premier coup par la suture*, à double plan dans un cas, et tout à fait simple dans l'autre ; mais ce qui caractérise essentiellement ces deux opérations heureuses, c'est que j'ai fait l'avivement non sanglant avec les acides la première fois, et avec le thermo-cautère la seconde.

Je ne saurais trop le rappeler. Dix fois j'ai cousu après avivement sanglant : dix fois j'ai échoué. Trois fois j'ai cherché la réunion immédiate secondaire, et je n'ai eu qu'un insuccès dû, comme je l'ai indiqué, à la contamination prolongée des surfaces granuleuses par les matières fécales.

A propos des fistules vésico-vaginales, j'ai à plusieurs reprises vanté les avantages de l'avivement non sanglant et de la réunion des surfaces granuleuses arrivées à un certain point de préparation. Je crois que nulle part cette manière de faire ne s'applique mieux que dans le cas de fistule recto-vulvaire.

Pratiquée avec le fer rouge, le thermo-cautère, le caustique Filhos en crayon, les acides concentrés portés avec la pointe d'une baguette de verre ou mieux de bois, la cautérisation peut s'effectuer avec autant de précision que si l'on employait le bistouri ou les ciseaux ; la perte de substance est très limitée, l'innocuité complète. Il est bon d'ajouter que plus tard, quand on applique les sutures, le passage des fils se fait avec une facilité extrême et une précision sans pareille.

Je ne fais cependant pas de difficulté pour avouer que cette petite opération, surtout si l'on cautérise aussi la muqueuse rectale avec le fer rouge, comme je l'ai fait chez ma dernière malade, est assez douloureuse pour indiquer l'anesthésie ; que dans les trois ou quatre jours qui suivent, il y a parfois de la douleur à la vulve et à l'anus, de façon même à rendre les selles plus ou moins pénibles. Mais ces inconvénients me paraissent peu importants et sont largement compensés par une augmentation considérable dans les chances de guérison.

M. Pozzi. Chez un malade auquel j'ai fait une résection de côtes, j'ai observé un appendice caudal renfermant un squelette osseux, en même temps existait vers la partie inférieure du sacrum une dépression cutanée, ressemblant à un petit ombilic et d'origine congénitale.

Depuis, j'ai vu un autre cas de dépression cicatricielle à la base du coccyx également congénitale. Il y a là un fait d'embryologie à élucider, connexe de ceux de M. Terrillon.

M. Terrillon. Je ne voudrais pas qu'il y eût de confusion entre les faits que je présente et les fistules et tumeurs ano-coccygiennes qui sont bien connues.

Chez mes malades, la lésion siégeait à la base du sacrum, à l'entrée de la rainure interfessière et même un peu plus haut. Ces fistules avaient un orifice cutané et un trajet sous-cutané qui était adhérent au périoste. M. Féré a trouvé chez quelques enfants une petite dépression au même niveau; chez le malade de M. Gosselin la petite excroissance était très voisine de la région que j'indique. Il y a donc là un lieu où se présentent des phénomènes de malformation.

M. Desprès. Dans tous les cas que j'ai observés, les dépressions siégeaient à la région coccygienne, à la fin du sacrum; la fente vertébrale postérieure existe jusqu'au coccyx, on peut donc rencontrer en ce point une absence de soudure des lames vertébrales.

Contribution à la résection tibio-tarsienne dans les fractures de l'extrémité inférieure de la jambe,

par le Dr G. Nepveu.

Dans les fractures compliquées de l'extrémité inférieure de la jambe avec forte luxation du pied en dehors, on peut être forcé dans certaines conditions de pratiquer la résection des extrémités articulaires.

Ces conditions, sont nettement exprimées dans la classification des résections en général qu'a proposée M. Verneuil dans la thèse du Dr Bide, 1879 :

Résections préventive, antiphlogistique, suppressive, anaplastique ou orthomorphique.

Sans plus insister, permettez-moi de vous apporter l'histoire de quelques faits qui se rapportent plus spécialement à la résection dite anaplastique.

Le premier de ces faits est un cas de résection préventive.

Obs. I. — R. F..., 53 ans, marinier, tombe de haut en déchargeant un bateau et se fait une fracture de jambe compliquée de plaie, d'une notable saillie du tibia en dedans et d'un renversement considérable du pied en dehors.

Le 22 novembre 1880, M. Verneuil pratique immédiatement la résection et applique à l'opéré un bandage ouaté. La guérison est parfaite ; au bout d'un mois, le malade se lève et commence à marcher.

Presque aussitôt, un mois et demi après l'opération, se déclare un petit abcès dans le foyer de la fracture qui est bientôt suivi d'une fluxion de poitrine. Tout se termine enfin, et le malade, muni d'une bottine à tige, reprend rapidement ses occupations.

La nouvelle articulation tibio-tarsienne est très peu mobile, mais il n'y a pas, à proprement parler, ankylose. Les mouvements d'extension sont conservés, mais très réduits. Le pied est dans sa position normale par rapport à la jambe.

Le malade sort enfin définitivement de l'hôpital le 15 mars 1881. Depuis, je l'ai rencontré dans la rue, et en le voyant marcher, on ne pourrait guère se douter de la nature de l'opération qu'il a subie.

Les trois résections suivantes rentrent dans la classe des résections anaplastiques ou orthomorphiques.

Obs. II. — M. M..., raffineur, âgé de 62 ans, entre le 6 janvier 1879 dans le service de M. le professeur Verneuil, salle Saint-Louis, n° 32.

Il y a six mois, cet homme, monté sur une échelle, fit une chute ; le pied pris à travers les barreaux, l'échelle tomba avec lui. Il se produisit une fracture bimalléolaire avec luxation totale du pied en dehors. Le tibia faisait une forte saillie en dedans et avait perforé les téguments. Son médecin ne réussit pas à faire la réduction des fragments. La plaie siégeant à l'extrémité inférieure, se cicatrisa, et c'est dans cette position vicieuse que se consolida la fracture, aussi la marche était-elle impossible.

M. Verneuil lui fit la résection des extrémités articulaires du péroné et du tibia, l'astragale fut respecté, et il termina l'opération par la ténotomie des tendons des péroniers latéraux. Le membre est placé dans un bandage ouaté. Le malade guérit parfaitement sans accident avec un léger raccourcissement qu'il corrigea à l'aide d'une botte à talon élevé.

Obs. III. — L. G..., âgé de 30 ans, tombe en portant un fardeau sur les épaules et se fait une fracture de jambe compliquée de plaie.

Il entre dans le service de M. Verneuil le 12 février 1880. Malgré tous les efforts et la plus active surveillance, le pied se dévie fortement en dehors et le tibia fait saillie en dedans. La consolidation s'établit dans cette mauvaise position. M. Verneuil se trouve alors obligé

de faire la résection des extrémités articulaires du tibia et du péroné, le 5 mai 1880. Notre homme est placé dans un appareil et guérit très rapidement. Il sort de l'hôpital le 17 août, va passer quelque temps à Vincennes et en revient pour se faire infirmier dans le service même où il a été opéré, métier dur, pénible et fatigant. Il en est sorti depuis pour prendre du service à la maison d'Ivry. Il marche parfaitement bien, n'a qu'un léger raccourcissement, visible cependant à un très léger ressaut dans la marche.

Obs. IV. — D. G..., carrier, s'est fracturé la jambe le 31 janvier 1881 en manœuvrant une énorme pierre de taille. La fracture est compliquée de plaie, elle guérit, mais avec un renversement considérable du pied en dehors. Sur l'extrémité saillante du tibia se trouvait au bout de quatre mois une ulcération assez étendue et rebelle à tout traitement.

Il entre alors dans le service de M. Verneuil qui lui fait une résection des extrémités articulaires, en gardant l'astragale, le 16 juillet 1881. Le bandage ouaté est appliqué trois fois à quinze et vingt jours d'intervalle. Le malade guérit parfaitement.

La pseudarthrose tibio-tarsienne présente encore de légers mouvements, mais l'axe du pied est bien perpendiculaire à l'axe de la jambe et il n'offre plus la moindre déviation.

Dans ces trois derniers faits, la forte déviation du pied en dehors qu'avaient tous nos malades ne leur laissait pas d'autres alternatives que de se faire amputer, ou de marcher sur le genou ou de subir une résection tibio-tarsienne. L'opération a été longue et difficile chez tous. Cette difficulté est due à une disposition particulière sur laquelle insiste M. Verneuil. En effet, après avoir réséqué le tibia et le péroné, on s'aperçoit que la réduction n'est pas facile. Il y a une troisième pièce osseuse intermédiaire aux deux os, dont M. Verneuil a depuis longtemps remarqué la présence, et que M. Delorme, professeur agrégé au Val-de-Grâce, dans son article « Pied » du dictionnaire Baillère regarde comme constante.

Lorsque le tibia se luxe en dedans, il se sépare en deux portions, l'une, le fragment bien connu, qui fait saillie en dedans, l'autre, qui se détache de la face articulaire et continue à adhérer au péroné par les ligaments péronéo-tibiaux.

Quand on extrait ce troisième fragment, il faut prendre les plus grandes précautions pour éviter les lésions des vaisseaux et nerfs tibiaux. L'ischémie préalable d'une part et la méthode sous-périostée, facilitent beaucoup l'opération qui en général dure 30 à 40 minutes.

M. Verneuil, remarquant que les tendons de ce côté de la luxation sont presque toujours arrachés, fait la section des ten-

dons des péroniers latéraux, précepte que déjà donnait Lisfranc pour éviter le renversement du pied en dehors.

En somme, chez tous, le pied est replacé dans ses rapports angulaires normaux avec la jambe, il est revenu à l'angle droit. Chez tous, l'axe du pied est replacé dans le plan de l'axe de la jambe. Chez la plupart, la pseudarthrose astragalo-tibiale a conservé de légers mouvements.

Aucun des muscles extenseurs et fléchisseurs n'a été sacrifié dans l'opération, grâce à la méthode sous-périostée d'Ollier.

La marche enfin est redevenue possible grâce à une bottine à semelle épaisse qui compense le raccourcissement éprouvé par le membre.

L'ensemble de ces résultats démontre parfaitement l'excellence de la résection orthomorphique pour les cas de déformationcs consécutives à des fractures.

Discussion.

M. Verneuil. M. Nepveu pourra compléter sa communication par la relation de deux autres faits : dans l'un, il s'agit d'un infirmier qui marche beaucoup et vite, dans l'autre d'un malade qui est dans mes salles.

J'avais cru être le premier à poser le principe de la suppression des tendons adducteurs et abducteurs du pied, mais déjà Lisfranc l'avait émis, je suis donc encore plus autorisé à le défendre ; souvent d'ailleurs les tendons sont rompus, lésés par le traumatisme.

En général, je réséque 4 centimètres de tendons des péroniers et des jambiers après avoir fait de chaque côté une incision verticale.

Dans plusieurs cas, j'ai éprouvé de la difficulté à maintenir le pied en bonne position à cause de l'action des péroniers. Chez un homme auquel j'avais fait l'ablation de l'astragale et qui, traité par le pansement ouaté, avait bien guéri, le pied était en rotation permanente par suite de l'action des péroniers.

Dans un autre cas semblable, j'ai encore laissé les tendons et il en est résulté une subluxation, aussi ai-je adopté le principe de sacrifier les tendons même sains.

Les faits qui vous sont présentés aujourd'hui montrent que le résultat obtenu par cette pratique est bon et que le pied pose bien sur le sol.

M. Polaillon. J'ai imaginé un procédé qui permet de conserver les tendons sans qu'il en résulte une déviation du pied et j'ai communiqué ce procédé à l'Académie de Médecine.

Société d'imp. Paul Dupont, Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau. 50.I 82. — Le Gerant : G. Masson.

Chez un homme qui, à la suite d'une fracture de jambe avait une déviation du pied en dehors, je fis la résection tibio-tarsienne et je pensai à conserver la malléole externe, comme devant servir de soutien au cou de pied.

Je fis une incision sur le péroné, je décollai le périoste et je sectionnai le péroné avec le ciseau. Par une seconde incision faite sur la face interne de la jambe, je décollai le périoste autour de l'extrémité inférieure du tibia, puis les ligaments étant détruits je luxai le pied en dehors, sans avoir atteint les tendons. Il est alors facile de sectionner les deux os. L'astragale fut réséqué.

Le périoste ayant été conservé et les deux fragments du péroné se rejoignant, on avait donc une simple fracture du péroné.

Les incisions furent suturées, un drain placé debout, le pansement de Lister fait et une attelle plâtrée appliquée.

Il n'y eut pas d'accidents. Les deux fragments du péroné se soudèrent, et le pied resta droit, soutenu en dehors par la malléole externe.

A voir le pied du malade, il ne semble pas qu'il ait subi un traumatisme aussi considérable.

J'insiste sur ce point, c'est que par le procédé que j'ai employé, le déplacement du pied en dehors est facile et qu'on peut faire facilement la section des deux os : on peut espérer conserver quelques mouvements du pied.

Ce procédé est donc avantageux quand les tendons n'ont pas été lésés par le traumatisme.

M. Demons, de Bordeaux, a fait la même opération dans un cas semblable et a obtenu un bon résultat.

M. Terrillon. La discussion actuelle m'amène à vous communiquer un fait de résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe que j'ai pratiquée en 1880.

Mon opération est antérieure à celle de M. Polaillon, puisqu'elle date du 21 septembre 1880, tandis que celle de mon collègue est du 8 février 1881. Mais je n'ai nullement la prétention de diminuer en rien l'importance de la communication faite à l'Académie par M. Polaillon, car elle a eu pour but de généraliser la méthode plutôt que de décrire une opération nouvelle, puisqu'elle avait été pratiquée déjà un certain nombre de fois, et à des époques éloignées. L'observation, que je résume de façon à ne conserver que les traits principaux les plus essentiels, indique suffisamment les détails de l'opération, pour qu'il ne soit pas nécessaire d'insister de nouveau sur eux.

M. X., capitaine d'infanterie, âgé de 31 ans, fit une chute malheureuse, qui produisit une fracture du péroné avec arrachement de la

malléole interne, et subluxation du pied en dehors, le 25 février 1880. Il s'agissait donc d'une fracture, dite fracture de Dupuytren.

La réduction fut pratiquée; mais pendant plus de vingt jours, le pied fut placé sur un coussin, sans être maintenu par un appareil, et simplement recouvert de compresses humides pour lutter contre un gonflement considérable du cou de pied.

Après cette époque, la réduction devint impossible, et la fracture put se consolider, mais dans une position vicieuse qui mit le malade dans l'impossibilité de marcher. Des tentatives réitérées au moyen d'appareils de traction ou de pression énergiques, n'eurent aucun résultat.

Un fait qui mériterait aussi d'appeler l'attention fut l'apparition de douleurs dans la jambe et la cuisse malades le long du sciatique, et ayant l'apparence de douleurs fulgurantes. Elles s'accompagnaient d'une hyperesthésie très marquée de la peau du pied et de la partie inférieure de la jambe. Ces douleurs ne furent soulagées que par l'emploi de la morphine.

Quand je vis le malade, il présentait du côté de la jambe gauche les lésions suivantes:

Une augmentation de volume considérable de l'extrémité inférieure du tibia, laquelle fait une forte saillie en dedans sous la peau mince et violacée.

En dehors, la malléole externe hypertrophiée est fortement déviée, et forme avec le reste de l'os un angle obtus très prononcé (coup de hache de Dupuytren).

Le pied est dévié en dehors de telle sorte que l'axe de la jambe tombe à un centimètre au plus en dehors du bord interne.

Mais la lésion la plus gênante pour le malade, consiste dans une laxité des ligaments qui est telle que le pied est d'une mobilité extrême et qu'on peut lui appliquer la dénomination de pied de polichinelle.

Enfin le membre inférieur gauche est le siège d'une affection douloureuse du sciatique, qui peut avoir été la cause de l'hypertrophie osseuse par troubles trophiques. Cette sciatique rend le malade nerveux, irritable, s'accompagne d'une sensibilité spéciale et très grande de tout le pied, et nécessite l'emploi très fréquent de la morphine en injection.

Aucun appareil, aucune bottine avec tiges montantes ne peuvent être supportés, la marche est très pénible et très douloureuse, d'autant plus qu'il existe en même temps un léger équinisme dû à la saillie trop prononcée de la partie inférieure et antérieure du tibia.

Le malade demande donc avec insistance une opération qui peut lui permettre de marcher plus facilement et surtout sans douleur.

L'opération telle qu'elle fut pratiquée peut se décomposer en trois temps.

Dans le premier temps, une incision verticale fut pratiquée sur le tibia jusque au-dessous de la malléole interne. La dénudation de l'os permit de la découvrir, et à l'aide d'un ciseau à froid, tout le plateau inférieur fut enlevé très près du cartilage qui était peu altéré. Un deuxième temps eut pour résultat de faire une incision verticale le long du péroné. Le périoste fut décollé au niveau de l'angle obtus formé

par la fracture, et avec le ciseau à froid, une section fut pratiquée transversalement de façon à rendre mobile la malléole externe. Après cette mobilisation, on put mettre le pied dans l'axe de la jambe, et la malléole externe dans l'axe du péroné.

La section au moyen de la scie de la partie supérieure de l'astragale de façon à enlever le cartilage, constitue le troisième temps.

Grâce à cette section, on put mettre en contact presque complet la surface de l'astragale avec la surface avivée du plateau tibial.

La suture des incisions faites avec du catgut, et la pose de deux tubes à drainage volumineux et courts, au niveau de l'angle inférieur des plaies, termina l'opération. Un pansement de Lister fut appliqué avec soin autour des foyers opératoires.

Une grande gouttière plâtrée, très résistante, garnit la partie postérieure de la jambe et du pied et devait maintenir les parties dans un repos absolu.

Les suites de l'opération n'eurent rien de spécial et tout se passa sans accident.

Six semaines après, la gouttière fut enlevée. Voici dans quel état se trouvait le malade.

La consolidation était parfaite, aussi bien du côté du tibia et de l'astragale que du côté de la base de la malléole externe.

Il existait un gonflement apparent assez considérable des deux os tenant probablement beaucoup à l'épaississement du périoste.

Le pied était solide, il n'y avait plus de mobilité latérale, et les mouvements de flexion etd'extension encore légers promettaient de se rétablir assez vite.

Malheureusement après quinze jours de guérison apparente, apparut un petit abcès dans le voisinage de la malléole, avec développement d'un phlegmon subaigu au niveau du cou de pied. Une esquille sortit avec le pus.

Il y eut ensuite sortie soit en avant, soit sur le côté interne ou externe, d'esquilles très fines, qui produisaient successivement des abcès passagers. Ces esquilles venaient de la superficie de l'os et semblaient dues principalement à l'élimination de stalactites sous-périostées développées au niveau des os, avant l'opération, car elles ne parurent jamais venir de la zone opératoire. Telle est au moins l'opinion que j'émis après un examen réitéré de la région avec un stylet très fin.

Malgré ces ennuis, la solidité de la consolidation ne laissait rien à désirer, et la marche était interdite par la crainte de ranimer le phlegmon chronique sous-cutané provoqué par ces abcès et fistules réitérés. Cependant le 15 janvier, le malade put commencer à marcher.

Il y eut bien de loin en loin sortie de quelques fines esquilles, mais malgré cela, la marche s'améliora, et au mois de mai, le capitaine partit pour Plombières.

En revenant, il pu reprendre ses occupations au ministère de la guerre, et actuellement il marche de façon à ce que personne ne puisse s'apercevoir des suites d'une opération. Il porte seulement un talon plus épais que l'autre de deux centimètres.

Cette opération ne diffère de celle de M. Pollaillon que par un point. Je me suis contenté de sectionner transversalement la base de la malléole avec un ciseau à froid, presque au niveau de l'ancienne fracture, de façon à pouvoir ramener le pied en dedans. M. Pollaillon a au contraire pratiqué une résection d'un morceau du péroné. Cette résection peut être nécessaire dans quelques cas, afin de pouvoir mettre en contact les surfaces tibiales et astragaliennes, qui sans cette précaution ne pourraient s'affronter à cause de la trop grande longueur de la malléole externe. Chez mon malade, le fait ne s'est pas présenté.

En résumé, je crois que la conservation de la malléole externe doit être d'une grande utilité dans le cas de résection tibio-tarsienne, surtout lorsque l'opération est pratiquée pour une fracture vicieuse, avec déviation du pied en dehors, la malléole externe étant saine. Elle permet de conserver les tendons des jambiers et des péroniers.

M. Verneuil. J'ai connaissance des faits de mes collègues, les cas qu'ils ont eu à traiter étaient plus simples; du reste je ne pose pas en principe l'ablation du péroné.

J'insisterai sur la difficulté de la réduction malgré la section des os, fait qui a été signalé également par M. Delorme; il se fait une fracture verticale du tibia, le fragment externe est entraîné en dehors et en haut et forme un os intermédiaire entre le tibia et le péroné, soudé aux deux; on est obligé de fracturer cette pièce osseuse pour réduire le pied.

J'ai cité deux cas dans lesquels la conservation des tendons a amené la déviation du pied; dans les observations qui vous sont communiquées aujourd'hui, l'excision des tendons n'a pas empêché d'obtenir un bon résultat.

Quand la malléole est détachée des os, je ne la conserve pas; si elle ne gêne pas la réduction, je la laisse en place: mais elle n'est pas un élément indispensable à une bonne consolidation.

Il reste à étudier cependant si l'on ne pourrait pas laisser la malléole externe, mais sa conservation n'entraînerait pas la nécessité de celle des tendons.

M. Polaillon. La section préalable de la malléole externe facilite beaucoup la luxation du pied en dehors.

Chez mon malade, le tibia était énorme et après la section du péroné et des ligaments du tibia on pouvait remonter le pied aussi haut que c'était nécessaire et réséquer facilement.

En conservant la malléole externe il faut obtenir la réunion bout à bout des deux fragments du péroné; dans ce cas, les tendons ne

peuvent plus amener de déviation ; si on ne peut obtenir la soudure de la malléole externe au péroné, il faut alors couper les tendons.

Présentation de pièces.

Kyste des mâchoires.

M. Magitot présente une pièce anatomo-pathologique qui éclaire d'une manière saisissante un point de l'histoire des kystes des mâchoires, c'est-à-dire la pathogénie, souvent discutée ici, des *kystes périostiques.*

Cette pièce est un maxillaire supérieur droit qui fut réséqué dans une leçon de médecine opératoire de M. Farabeuf, à l'École pratique de la Faculté. Quand l'os fut détaché, on aperçut, au fond du sinus ouvert par la section horizontale qui passait au-dessous du plancher de l'orbite, une tumeur globuleuse occupant le fond de la cavité et adhérant à la portion alvéolaire. Cette tumeur a le volume d'une grosse amande ; elle est dure et manifestement entourée d'une paroi osseuse sur la plus grande portion de son étendue et molle sur le point où manque la coque osseuse remplacée par une paroi membraneuse transparente. La tumeur est vide ; c'est une poche évidemment kystique dont on reconnaît aisément l'origine en examinant le bord alvéolaire. On aperçoit en effet sur ce bord une première molaire profondément cariée, présentant toutes les conditions du développement d'une périostite, et dont la racine rugueuse et dénudée de son périoste, a été manifestement le centre de développement de la poche.

Il s'agit donc ici d'un kyste du maxillaire supérieur ayant soulevé le sinus sans ouvrir la paroi de celui-ci et sans pénétrer dans sa cavité. Le kyste s'est revêtu pendant son développement, d'une part, de sa propre paroi périostique, et, d'autre part, du plancher osseux du sinus, d'où la coque à la fois osseuse et membraneuse qu'il présente.

Cette pièce doit être rapprochée de celle que M. Berger a récemment présentée à la Société, et dans laquelle un kyste de même nature et de même siège avait entièrement effacé le sinus, si bien que, de prime abord, on put croire qu'il ne s'agissait réellement que d'un kyste propre du sinus maxillaire. Un examen plus approfondi permit d'interpréter le fait comme un kyste du maxillaire ayant soulevé la paroi du sinus et effacé cette cavité dont on retrouvait cependant la trace évidente sur un point.

La pièce actuelle n'est autre que celle de M. Berger interrompue dans son évolution, et nul doute que, si cette poche eût continué

de croître, elle fût parvenue, elle aussi, à effacer entièrement le sinus.

Quoi qu'il en soit, cet exemple nous a paru tellement démonstratif au point de vue du mécanisme de formation des kystes périostiques et de leurs rapports possibles avec le sinus, que nous avons désiré le mettre sous les yeux de la Société.

Discussion.

M. Berger. Le kyste qui nous est présenté par M. Magitot était destiné à croître; il offre une paroi presque complètement osseuse; dans ma pièce la paroi osseuse du kyste était venue se juxtaposer à la paroi du sinus.

Ces faits prouvent qu'une cavité ayant une coque osseuse peut se développer en conservant sa coque osseuse.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

Nicaise.

Séance du 1er février 1882.

Présidence de M. Labbé.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Revue médicale de Toulouse. — Revue médicale française et étrangère. — Journal de thérapeutique de Gubler. — Lyon médical;*

3° *British medical. — Gazette médicale de Salvador;*

4° *De l'influence de la diathèse tuberculeuse, goutteuse ou autre sur la syphilis,* par le professeur Verneuil ;

5° *Procès-verbaux du cinquième congrès international pharmaceutique de Londres, 1881 ;*

6° M. Verneuil offre, au nom de M. le Dr Reclus, un mémoire intitulé : *De la syphilis du testicule.* — Des remerciements seront adressés à M. Reclus.

A propos du procès-verbal.

M. Polaillon, à propos des faits de dépression de la base du sacrum, qui ont été signalés dans la dernière séance, présente un monstre qui offre une coïncidence d'éventration antérieure et de spina bifida postérieur. Dans ces cas, le spina bifida siège à la base du sacrum, il y a là défaut de réunion des lames vertébrales.

Au lieu du spina bifida, il aurait pu y avoir dans la même région une simple dépression, ou un canal analogue à ceux auxquels M. Terrillon a fait allusion.

M. Polaillon, à propos de la discussion sur la luxation du pied en dehors, montre l'extrémité inférieure du tibia qu'il a réséquée chez son malade ; on y voit le fragment intermédiaire dont a parlé M. Verneuil; ce fragment est coupé avec l'extrémité inférieure du tibia et n'apporte pas d'obstacle à l'opération.

M. Nepveu présente un malade auquel M. Verneuil a fait la résection tibio-tarsienne, pour une fracture du cou de pied compliquée de plaie. Le malade a été opéré un mois après l'accident, il est sorti de l'hôpital quatre mois après l'opération, ayant été traité par le pansement ouaté.

Ce malade porte un appareil à tuteurs, il marche et court très facilement.

M. Tillaux. Le résultat obtenu par M. Verneuil est excellent je ferai remarquer seulement que l'axe de la jambe ne passe plus par la voûte plantaire, cependant le malade marche bien.

M. Desprès. Le malade marche bien à la condition qu'il y ait une ankylose.

Chez un malade auquel je fis la résection immédiate, il y eut une ankylose et la marche fut facile.

Chez certains malades, le cou de pied est en S et cependant ils marchent bien, parce qu'il y a ankylose. Chez un de nos confrères qui eut une fracture du péroné avec arrachement de la malléole interne, la marche fut impossible parce qu'il n'y avait pas ankylose.

M. Verneuil. J'ai pratiqué un bon nombre de ces opérations et j'ai toujours obtenu l'ankylose tibio-tarsienne. Les mouvements nécessaires se font dans les articulations voisines.

Rapport

Sur une lecture de M. Kirmisson, intitulée : *Remarques sur l'ablation des tumeurs du sein,*

par M. Th. Anger.

M. Kirmisson a lu dans la séance du 14 décembre de l'année dernière quelques *Remarques sur l'ablation des tumeurs du sein.* Cette lecture a eu pour but d'appeler votre attention sur un détail important des opérations que nous pratiquons sur le sein cancéreux, et peut-être la Société de Chirurgie pensera-t-elle devoir formuler son opinion sur son importance. Ce n'est pas que ce détail opératoire soit nouveau : Velpeau l'a nettement indiqué et recommandé dans son traité des maladies du sein ; mais il le réserve pour certains cas et pour certaines indications dont M. Kirmisson propose d'élargir le champ. Les Bulletins de notre Société ne contenant rien ou presque rien qui se rattache à ce sujet, j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile de vous soumettre la question soulevée par M. Kirmisson.

L'auteur commence par limiter la pratique qu'il propose à l'ablation des tumeurs cancéreuses exclusivement. Cette réserve faite, sinon explicitement, au moins pratiquement, il cherche à prouver par trois observations personnelles que, alors même qu'une tumeur cancéreuse du sein n'est accompagnée de la présence d'aucun ganglion appréciable au toucher, soit le long du bord inférieur du grand pectoral, soit dans l'aisselle, on doit tenir pour certain que de petits ganglions indurés existent le long du bord inférieur du grand pectoral et dans l'aisselle, et que dès lors il est tout au moins prudent de prolonger les incisions parallèlement au bord inférieur du muscle jusque dans l'aisselle, afin d'enlever la chaîne des vaisseaux lymphatiques et des ganglions qui existent toujours, quoique souvent impossibles à apprécier au toucher, jusque dans le creux axillaire. A l'appui de cette proposition, M. Kirmisson cite trois faits qui lui sont personnels et dans lesquels il n'a pas hésité à enlever la chaîne des vaisseaux lymphatiques et des ganglions qui remontent vers le creux axillaire, quoique avant l'opération ils ne fussent pas appréciables au toucher le plus attentif. Or, ces petites indurations ganglionnaires existaient et ont été constatées après l'ablation des trois tumeurs, et l'auteur conclut de ces trois faits que si l'on veut mettre l'opérée à l'abri d'une récidive ganglionnaire rapide, on doit toujours disséquer et enlever le tissu cellulo-graisseux qui longe le bord inférieur du grand pectoral et se perd dans le creux axillaire.

J'ai dit que cette indication opératoire n'est pas neuve et qu'on la trouve formulée sous la même forme dans le *Traité des maladies du sein* de Velpeau. En effet, dans l'édition qui a paru en 1858, on lit à la page 594, à propos des tumeurs accessoires :

« Dans les cas ordinaires, l'opération est ainsi terminée; mais il « se peut qu'il y ait des tumeurs accessoires ou secondaires, soit « dans la rainure sous-pectorale, soit dans le creux de l'aisselle. « Avec les tumeurs bénignes du sein, les ganglions, d'ailleurs très « rares, peuvent être respectés, s'ils sont peu volumineux et en- « core souples. Si elles résultent d'une irritation purement sympa- « thique, les tumeurs axillaires pourraient aussi à la rigueur n'être « pas emportées, même quand il s'agit de véritables cancers. Si « elles continuent de croître, si elles prennent plus tard un mau- « vais caractère, on les attaquera sans crainte au moyen d'une opé- « ration distincte et l'on se donne ainsi la chance de ne pas aggra- « ver inutilement l'opération primitive. Le plus sûr cependant, et « de beaucoup le plus prudent, est de les enlever séance tenante.

« L'extirpation des tumeurs secondaires peut du reste être effec- « tuée de deux manières :

« 1° Que la tumeur occupe la rainure sous-pectorale ; que dans « l'aisselle elle ne soit pas très éloignée de l'incision principale, il « suffit de prolonger l'angle externe de la division première pour « permettre de découvrir, d'accrocher, de disséquer et d'emporter « le mal.

« 2° Si une étendue notable de tissus sains existe au contraire « entre les tumeurs de l'aisselle et la plaie du sein, il vaut mieux « pratiquer des incisions nouvelles, indépendantes de la première « division. »

Il résulte de cette citation que M. Kirmisson adopte le premier précepte de Velpeau et repousse le second. Si je ne me trompe, c'est la pratique du plus grand nombre des chirurgiens, et j'ai toujours vu mes maîtres dans les hôpitaux procéder de cette façon à l'ablation des tumeurs malignes du sein. Ce n'est pas que je veuille prétendre que scientifiquement M. Kirmisson ait enfoncé une porte ouverte ; mais pratiquement il n'est peut-être pas un seul d'entre nous qui ne procède comme le recommande Velpeau dans son premier précepte lorsqu'ils ont à extirper un cancer du sein. Personnellement il me serait facile de citer des faits de guérison datant de cinq ou six ans à la suite d'ablations du sein exécutées dans ces conditions. Aussi je crois, comme M. Kirmisson, que dans l'ablation de ces sortes de tumeurs mieux vaut enlever toute la zone des vaisseaux et ganglions lymphatiques qui, partant du sein, longe la gouttière du grand pectoral, que de se contenter d'une incision indépendante au niveau de l'aisselle. L'aggravation due à ce prolon-

gement de la plaie qui inquiétait Velpeau ne me paraît pas fondée, ou tout au moins elle ne saurait contre-balancer les avantages qu'en retirent l'opérée et l'opérateur.

En prolongeant l'incision jusque dans l'aisselle, M. Kirmisson taille à la tumeur une sorte de pédicule qu'il sculpte aux dépens des tissus cellulo-graisseux de la gouttière du grand pectoral et le fait remonter ainsi jusqu'au sommet du creux axillaire. Arrivé sur les gros vaisseaux, il jette une ligature en masse sur ce pédicule et le sectionne au-dessous de sa ligature. Ce manuel opératoire est nettement indiqué dans le traité de Velpeau et vous me pardonnerez de vous citer encore le passage relatif à ce sujet.

« Les ganglions malades, dit ce maître, sont quelquefois si pro- « fondément situés, qu'il y aurait danger réel d'atteindre les gros « vaisseaux en poursuivant la tumeur jusqu'à ses dernières racines « avec la pointe du bistouri. Il vaut mieux alors quand, ce qui n'est « pas rare, l'éradication est suffisante, porter une ligature sur le « pédicule de la masse à enlever et l'étrangler fortement ; on la sé- « pare ensuite sans crainte au-dessous de la ligature, avec l'ins- « trument tranchant. »

Dans les trois observations que nous a lues M. Kirmisson, ce procédé opératoire a été exécuté avec succès, les opérées ont guéri et il y a lieu d'espérer que cette guérison sera, sinon tout à fait définitive, au moins d'assez longue durée. Je propose à la Société :

1° D'envoyer à l'auteur une lettre de remerciement.

2° De déposer son travail dans les archives et d'en tenir bon compte lorsque M. Kirmisson prétendra au titre de membre titulaire.

Discussion.

M. Sée. Le rapporteur ne me paraît pas avoir rendu compte exactement de l'idée de M. Kirmisson, idée qui n'est pas formulée dans le traitée de Velpeau.

Chez certains malades on ne sent rien à la palpation sous le grand pectoral et dans l'aisselle ; dans ce cas la coutume est de ne pas prolonger l'incision. M. Kirmisson propose de la prolonger le long du bord inférieur du pectoral et d'enlever tous les ganglions de l'aisselle. En agissant ainsi il a trouvé des ganglions malades qu'une exploration attentive n'avait pas permis de reconnaître.

Les trois malades de M. Kirmisson ont guéri, le résultat obtenu sera-t-il plus durable, l'avenir le dira ; l'idée est juste, il y a lieu de l'adopter. On devra donc enlever le tissu cellulaire entre la tumeur et l'aisselle et les ganglions de l'aisselle.

M. Gillette. Déjà M. Verneuil a conseillé d'enlever tous les ganglions quand l'aisselle est envahie. Mais il y aurait inconvénient à

prolonger l'incision si l'on ne sentait rien dans l'aisselle. Si l'on veut enlever tous les ganglions, il faudrait aller les chercher jusque sous la clavicule, car ceux-ci sont atteints, quand ceux de l'aisselle sont malades.

M. Verneuil. L'idée de M. Kirmisson lui appartient, je n'ai jamais fait l'opération qu'il conseille.

L'origine des recherches de M. Kirmisson part de la discussion qui eut lieu ici sur le traitement de l'épithélioma lingual ; la conclusion fut qu'il fallait toujours enlever les ganglions sous-maxillaires, même quand ils étaient inappréciables ; M. Terrillon nous a cité des cas dans lesquels il a trouvé ces ganglions malades, quoique l'exploration n'eût rien décelé.

M. Kirmisson a appliqué ce précepte au traitement des cancers du sein, et il conseille d'aller chercher les ganglions axillaires même quand on ne les sent pas.

Il y a deux mois j'ai fait cette opération chez une femme ayant de l'embonpoint et chez laquelle je ne trouvais rien dans l'aisselle. L'incision fut prolongée dans cette région que j'explorai alors directement, je sentis de petits ganglions durs, j'en enlevai cinq à six, et la moitié d'entre eux étaient envahis par le cancer.

Il y a donc une différence entre la proposition de M. Kirmisson et ce que nous faisons tous habituellement.

M. Desprès. Dans l'opération proposée par M. Kirmisson, il y a quelque chose qui lui appartient ; mais je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'aller chercher les ganglions dans le squirrhe, car il n'y en a pas.

L'opération de M. Kirmisson convient dans les carcinomes, dans ces variétés de cancers qu'on observe chez les femmes grasses, cancers qui ont une marche rapide ; dans ces cas on peut aller à la recherche des ganglions, même quand l'aisselle paraît saine.

M. Sée. L'opération proposée par M. Kirmisson est l'application du précepte posé par M. Kocher, de Berne, qui, dans un mémoire publié il y a deux ans, a recommandé de vider la cavité sous-maxillaire dans tous les cas de cancer de la langue.

M. Anger. J'ai rendu justice à M. Kirmisson en disant qu'il avait suivi le précepte de Velpeau de prolonger l'incision dans la gouttière sous-pectorale, même quand on ne trouvait pas de ganglions ; c'est la pratique que je suis depuis longtemps.

La proposition de M. Kirmisson est nouvelle en ce sens qu'il propose de l'appliquer à tous les cas ; Velpeau la restreignait à certains.

M. Kirmisson rejette l'incision indépendante de l'aisselle, il enlève tout le tissu cellulaire qui se trouve entre la tumeur et l'aisselle.

M. Gillette. Sans doute, il y a quelque chose de nouveau dans l'idée de M. Kirmisson, mais il la généralise trop ; quand on se trouve en face d'une tumeur maligne bien limitée, on ne doit pas agrandir l'incision quand on ne sent rien dans l'aisselle ; on augmenterait ainsi la gravité de l'opération ; car il faudrait aller chercher les ganglions jusqu'à la clavicule.

M. Le Fort. Le précepte de M. Kirmisson peut être bon quand il y a des ganglions malades dans l'aisselle, mais en le généralisant on semblerait dire que la récidive se fait toujours dans cette région ; elle se fait au contraire généralement sur la cicatrice ou autour d'elle, ce qui donne moins d'importance à la proposition de M. Kirmisson.

La pratique de Velpeau que nous suivons tous est la meilleure, il est inutile de l'étendre.

M. Cruveilhier. Nous possédons déjà le précepte donné par M. Verneuil d'enlever toute la glande mammaire quelle que soit l'étendue du mal.

Quant à l'opération de M. Kirmisson, elle ne peut être applicable à tous les cas ; quelquefois les ganglions atteints ne sont pas dans l'aisselle. C'est ce que j'observe en ce moment chez une de mes malades; les ganglions de l'aisselle sont sains, ceux qui sont engorgés sont les ganglions sous-pectoraux et sus-claviculaires.

M. Verneuil. Il y a des raisons pour expliquer la fréquence de la récidive *in situ* : on fait quelquefois des extirpations incomplètes. Avec la tendance qu'ont certains chirurgiens à vouloir faire de la réunion immédiate, on garde beaucoup de peau, même celle qui présente l'altération de peau d'orange ; on garde l'aponévrose du grand pectoral.

Quand on enlève beaucoup de peau et l'aponévrose et toute la mamelle, ce qui est quelquefois difficile et demande quelque soin, on a peu de récidive locale.

Quand on enlève tous les ganglions en même temps, on a le bénéfice de voir les malades guérir avec une cicatrice intacte, et, si la mort survient, c'est alors par le développement de cancers internes.

Mais, en général, on fait une opération incomplète.

M. Cross, de New-York, a formulé au Congrès de Londres les mêmes propositions que je viens de rappeler et par la mise en pratique desquelles on obtient des résultats plus durables.

M. Berger. L'ablation totale de la glande met jusqu'à un certain point à l'abri de la récidive locale. L'ablation des ganglions de l'aisselle peut préserver de la récidive dans cette région ; mais, même dans ces conditions, on voit encore survenir la récidive.

M. J. Boeckel, de Strasbourg, enlevait, dans un cas, la totalité de la mamelle pour une petite tumeur ; il enlevait largement la peau et les ganglions axillaires. Cependant la tumeur récidiva rapidement dans la peau et dans les ganglions sus-claviculaires.

Quelquefois on observe chez des femmes maigres un cancer formé par des tumeurs petites, dures, adhérentes, sans engorgement ganglionnaire.

Doit-on, en présence de la variété des cas, adopter une thérapeutique unique? Chez ces femmes âgées, dont l'aisselle est intacte, n'y aurait-il pas lieu de se départir de la rigueur du principe et d'attendre, en observant ce qui se passera du côté de l'aisselle pour y faire une opération secondaire, si elle devient nécessaire?

Quoi qu'il en soit, on ne peut garantir sûrement de la récidive.

M. Anger. M. Kirmisson a surtout insisté sur l'ablation de la zone qui se trouve entre la tumeur et l'aisselle. C'est ce point également que j'ai cherché à mettre en relief. Ce n'est pas la première fois que ce précepte est posé, Velpeau l'avait déjà émis.

Je suis la pratique recommandée par M. Kirmisson, et il m'est arrivé de trouver des petits ganglions indurés que je n'avais pu sentir avant l'opération.

M. Cruveilhier cite un cas exceptionnel, car on ne peut aller à la recherche des ganglions sus-claviculaires.

M. Berger paraît peu disposé à enlever la zone sous-pectorale, mais cette pratique n'augmente guère les dangers de l'opération et elle est déjà suivie par plusieurs de nos collègues.

Communication.

De l'influence des érysipèles antérieurs sur les traumatismes,

Par M. Verneuil.

Quand une maladie a une origine douteuse, une pathogénie incertaine, il faut y revenir souvent et souvent l'étudier.

L'érysipèle est dans ce cas. Il a diminué dans nos hôpitaux ; on ne voit plus les grandes épidémies d'autrefois, les endémies des services de chirurgie.

Ce résultat est dû en partie à la méthode antiseptique, mais, de l'aveu de son promoteur, de Lister et de ses partisans, elle a porté une atteinte plus rude à la septicémie et à l'infection purulente qu'à l'érysipèle.

On observe encore les érysipèles, favorisés il est vrai par l'existence d'une maladie antérieure, mais enfin on meurt encore d'érysipèle.

La cause et la nature de cette affection sont encore discutées.

Nous commençons à savoir ce que nous avons à craindre quand nous avons à opérer un cancéreux, un scrofuleux, un alcoolique, etc.; mais qu'avons-nous à craindre chez un individu qui a déjà eu des érysipèles?

C'est de cette question dont je désire vous entretenir aujourd'hui, en vous communiquant trois observations dans lesquelles des opérations faites chez des sujets ayant eu antérieurement des érysipèles, ont présenté de ce fait des complications. Peut-être aurez-vous quelques observations analogues à ajouter aux miennes.

Ma première observation remonte à plus de 20 ans. Il s'agissait d'un commerçant de 45 ans environ, grand et robuste, jouissant en apparence d'une excellente santé, mais atteint en réalité de cet alcoolisme des classes aisées mal connu à l'époque, mais dont il est si facile aujourd'hui de reconnaître les caractères.

Cet homme avait été pris d'érysipèle spontané de la face pour lequel je lui avais donné des soins et qui avait assez facilement guéri. Toutefois, un des ganglions carotidiens était resté gros et sensible après la disparition de la dermatose. Mon client avait repris sa vie ordinaire au lieu de soigner son adénopathie. Celle-ci progressa lentement et finit par donner naissance à un phlegmon circonscrit mais profond du cou, avec douleur, fièvre, symptômes généraux, etc.

Naturellement, j'ouvris l'abcès en temps opportun et au lieu convenable. Deux jours après, des bords de l'incision partit un érysipèle de la face accompagné de phénomènes graves dès le début, et de délire violent, lequel amena la mort avant la fin du premier septenaire.

J'ai observé le second cas en 1866. Il s'agissait d'une dame de 68 ans, très grasse, emphysémateuse, qui s'était fracturée la jambe quatre ans auparavant. Deux ans après elle avait eu un érysipèle spontané de ce membre. Au bout de 18 mois se manifestent les signes d'une ostéo-arthrite du pied; un abcès s'était ouvert et il était resté un trajet fistuleux; pour livrer une plus large issue au pus, j'agrandis ce trajet, et j'immobilisai le pied, en exerçant en outre une compression méthodique avec les bandelettes de diachylon. Quelques jours après, apparition d'un second érysipèle que j'attribuai, faute de mieux, au contact du diachylon sur les plaies. L'exanthème envahit toute la jambe, la cuisse et remonta jusqu'au thorax, s'accompagnant d'accidents généraux graves; mais tout disparut en une quinzaine de jours. Après une amélioration pas-

sagère de l'état local, le mal progressa de nouveau, et il fallut en venir au sacrifice du pied. Je n'opérai pas sans répugnance, car l'érysipèle était à peine éteint et je craignais l'apparition d'une nouvelle complication du même genre.

Je fis la désarticulation tibio-tarsienne par le procédé de Jules Roux. Il y eut une hémorragie veineuse assez abondante pendant l'opération, et la malade perdit environ 4 palettes de sang. Je ne cherchai pas la réunion immédiate et me contentai de rapprocher les parties et de les affronter avec quatre bandelettes de diachylon. Pansement simple.

Le 3e jour, l'érysipèle était revenu et avait envahi toute la jambe et la cuisse. Le lendemain survint une hémorragie d'environ 200 grammes par une branche de la tibiale ; la malade tomba dans une sorte de stupeur et mourut la nuit suivante.

L'autopsie ne fut pas permise [1].

M. T., 52 ans, de haute taille, de structure athlétique et muni d'un notable embonpoint, jouit habituellement d'une excellente santé. Il habite la province où il exerce une profession qui exige une grande activité. Il vit bien, étant dans l'aisance, mais reste fort sobre et ne fait d'excès en aucun genre.

Il n'a jamais eu de rhumatisme bien franchement caractérisé, il accuse seulement de temps à autre des douleurs vagues, d'ailleurs passagères, et qu'expliquent sans peine les nuits passées en chemin de fer et l'exposition continuelle aux intempéries des saisons.

Son père est un beau vieillard de 82 ans, alerte et robuste, atteint d'un adénome sudoripare de l'aile du nez datant de plusieurs années et qui marche très lentement. Son fils unique, âgé de 26 ans, qui lui ressemble physiquement d'une manière frappante, a été atteint, il y a 4 ans, d'une arthrite du genou qui a mis plus d'un an à guérir, mais qui n'a point laissé de trace.

M. T. vint me consulter en mars 1881 pour une petite tumeur dont l'apparition remonte à 3 mois environ, assez profondément située et comme perdue dans le tissu adipeux de la région sus-hyoïdienne ; du volume d'une grosse aveline, elle est dure, indolente, accolée au bord inférieur et à la face profonde de la mâchoire, à laquelle elle semble adhérer. La peau qui la recouvre n'a pas changé de couleur, mais elle semble un peu moins mobile.

Cette tumeur présente tous les caractères d'une adénopathie épithéliale secondaire, dont je cherche très attentivement le point de départ dans tout le territoire lymphatique des ganglions sous-maxillaires. Je ne découvre rien et j'abandonne à regret mon diagnostic. Je prescris l'onguent napolitain en frictions, puis l'emplâtre de Vigo, et à l'intérieur une petite dose quotidienne d'iodure de potassium, croyant à la possibilité d'une adénite simple peut-être en voie de suppuration.

M. T. revient au bout d'un mois. La tumeur s'est sensiblement accrue. La peau est devenue plus adhérente et il semble que le doigt perçoit un peu de rénitence, du reste point d'œdème ni de sensibilité au tou-

[1] *Voir*, pour plus de détails, mes *Mémoires de chirurgie*, t. II, p. 703.

cher. Voyant toujours là les caractères de l'épithélioma ganglionnaire, je recommence à inspecter la bouche, la langue, les gencives, etc. Je saisis en particulier le bord de la lèvre inférieure entre mes doigts pour en apprécier la consistance. C'est alors que le patient me dit s'être souvenu, depuis sa dernière visite, qu'il avait eu 4 ans auparavant sur le bord libre de cette lèvre, et du côté correspondant à la tumeur, une petite verrue qui avait été attaquée et détruite par M. Cusco à l'aide d'un caustique. La guérison ayant été complète en très peu de jours, le malade n'avait pas pensé que ce détail pût avoir le moindre rapport avec son mal actuel, et c'est mon insistance qui seule avait provoqué ses souvenirs.

Suffisamment éclairé par ces renseignements, et voyant là un nouvel exemple de ces adénopathies épithéliales tardives si incompréhensibles mais malheureusement si communes, je déclarai à M. T. qu'il n'y avait rien à espérer des médicaments et qu'il fallait sans retard procéder à l'ablation de la tumeur. Après quelques hésitations, la proposition fut acceptée, et il fut convenu que j'irais faire l'opération dans le pays même où habitait le patient.

Je prescrivis toutefois, comme j'en ai l'habitude, un régime d'une semaine environ, pendant laquelle on prendrait deux bains, deux purgatifs salins, un régime léger, et avec l'embonpoint du malade, et bien qu'il n'y eut aucun signe rationnel de diabète, je demandai une analyse soignée des urines, et la recherche, non seulement du sucre et de l'albumine, mais encore le dosage de l'urée et des acides urique et phosphorique.

L'analyse faite par les soins du médecin ordinaire, me fut renvoyée quelques jours plus tard; elle était négative sur tous les points; à peine y avait-il un léger excès d'urates, ce à quoi je m'attendais, eu égardà la constitution du sujet. Nulle contre-indication ne se présentant, je me rendis à V. S. le 25 décembre par une journée magnifique; la température était douce et le soleil radieux.

Je crois devoir donner ici quelques détails sur la localité, située en pleine campagne dans un petit hameau à mi-côte, à deux kilomètres environ du bord de la Seine. L'habitation au milieu d'une vaste ferme bien aérée et bien tenue, est très confortable. La chambre de l'opéré est sèche, saine, bien éclairée. A l'aide d'un thermomètre on y maintenait une température moyenne de 16 degrés. Donc les conditions mésologiques étaient irréprochables.

Du côté de l'opération rien ne laissa à désirer. Je fus assisté par deux confrères n'ayant dans leur clientèle en ce moment aucune affection septique, ni érysipèle, ni fièvre de mauvaise nature. J'opérai un dimanche matin sans avoir été à l'hôpital où d'ailleurs je n'avais ni septicémie, ni érysipèle, et avec des instruments qui sortaient de chez le coutelier. Par excès de précaution, ne comptant pas faire la réunion immédiate et devant employer le pansement antiseptique ouvert, je fis les incisions superficielles avec le thermo-cautère.

Cette accumulation de précautions avait sa raison d'être. J'avais en effet recueilli sur la santé des derniers temps quelques renseigne-

ments capables de m'inspirer quelque préoccupation et dont je devais tenir un compte sérieux.

M. T... jouissait certainement d'une bonne santé et en présentait assurément toutes les apparences. Toutefois, ayant au mois de juillet précédent accompagné sa femme à Vichy, il avait, de son propre chef, commencé le traitement. A peine avait-il pris quelques bains, qu'une éruption prurigineuse assez intense s'était développée à la face interne de la cuisse droite, durant plusieurs jours, et ne cédant qu'à des applications émollientes. De retour chez lui, au mois de septembre, sans cause connue, avait éclaté un érysipèle de la face qui s'était prolongé pendant une dizaine de jours.

Évidemment, à défaut de maladie générale, de diathèse caractérisée, il y avait pour le moins une grande susceptibilité de la peau, et devant opérer sur la face, j'avais à craindre précisément un retour d'érysipèle de cette région.

Je m'étais demandé même s'il ne fallait pas différer l'opération pour mettre entre elle et l'érysipèle un laps de temps plus long encore; mais j'avais peur, en ajournant l'ablation de la tumeur, de voir celle-ci s'accroître et de laisser ainsi les ganglions carotidiens, indemnes jusque-là, se prendre à leur tour. Bref, ayant pesé le pour et le contre, je me décidai à agir. Je n'employai pas le spray, opérant sur un tégument sain, je circonscrivis, entre deux incisions semi-elliptiques, la portion de peau que je voulais réséquer à cause de ses adhérences à la tumeur. J'isolai cette dernière du bord inférieur de la mâchoire, et, à cause de l'adhérence du néoplasme au périoste, je dus dénuder le bord inférieur de l'os dans la longueur de 4 centimètres sur 1 centimètre 1/2 de largeur; puis, en employant les précautions accoutumées, c'est-à-dire en liant deux fois la faciale après sa sortie et avant son entrée dans la glande sous-maxillaire, j'extirpai cette glande avec les ganglions qui l'avoisinaient.

La tumeur principale siégeait dans la partie antérieure de ces ganglions, qui, par ses progrès, s'était rapprochée jusqu'à deux travers de doigt de la ligne médiane; mais bien m'en avait pris de faire largement l'ablation, car un autre ganglion situé près de l'extrémité postérieure de la glande sous-maxillaire, non loin de l'angle de la mâchoire, bien inaccessible au toucher à travers la peau, avait déjà un volume assez considérable et présentait à son centre un dépôt d'épithélium du volume d'un gros grain de chénevis.

L'opération s'était effectuée avec la plus grande simplicité sans dégâts considérables, l'énucléation de la glande ayant été méthodique et régulièrement exécutée et surtout sans aucune perte de sang. Le chloroforme avait été fort bien toléré et l'insensibilité s'était assez rapidement produite sans excitation marquée, ce qui attestait encore la salubrité du patient.

Je lavai soigneusement la plaie avec une solution phéniquée à 3 0/0; je reléguai les ligatures à l'angle postérieur de la plaie; puis après avoir tapissé la surface saignante avec de petites pièces de mousseline, je remplis l'hiatus avec des boulettes de charpie imbibée d'eau phé-

niquée. Un carré de ouate, un morceau de taffetas gommé, le tout maintenu par un mouchoir, complétèrent le pansement qu'on dut arroser d'eau phéniquée toutes les deux ou trois heures.

Je quittai l'opéré trois heures plus tard; il était bien réveillé et souffrait très modérément.

Depuis ce moment je reçus du médecin ordinaire de M. T... plusieurs lettres me tenant au courant de la marche des choses. Les premiers jours se passèrent assez bien. Les douleurs étaient modérées, la fièvre presque nulle. Le quatrième jour l'opéré se plaignit d'avoir eu froid au bras droit et d'y ressentir une vive douleur. Du gonflement ne tarda pas à apparaître à la face interne et antérieure, le long de la gaine des vaisseaux. Des cataplasmes furent appliqués, mais l'inflammation faisant des progrès, les douleurs étant très violentes et s'accompagnant d'une fièvre vive, M. le Dr B... crut reconnaître un abcès, et fit le long du bord interne du biceps, là où le gonflement et l'œdème étaient surtout prononcés, une incision de cinq centimètres qui, bien que profondément conduite, ne laissa pas écouler de pus. Mon jeune confrère s'aperçut de son erreur et m'en fit part, ce qu'il avait pris pour un abcès n'était qu'une lymphangite non encore suppurée qui, les jours suivants, gagna tout le membre depuis les doigts jusqu'à l'aisselle où elle s'arrêta, prenant les caractères de l'érysipèle ordinaire. Les caractères généraux répondaient à cette complication. Pouls à 110, température élevée, soif, inappétence, insomnie, agitation. Je conseillai les onctions avec l'onguent napolitain belladoné, les cataplasmes, l'élévation du bras, les purgatifs salins et en même temps, à l'intérieur, l'extrait de quinquina et quelques aliments pour soutenir les forces.

L'état du bras resta stationnaire pendant quelques jours. Pendant ce temps la plaie du cou se comportait assez bien; la détersion s'était faite en temps voulu; les ligatures étaient successivement tombées; les bourgeons étaient pâles, un peu blafards; la suppuration rare, séreuse, et parfois légèrement teintée de sang. La réparation était évidemment languissante, mais, de ce côté, il n'y avait aucune trace de phlegmasie vive ni aucune trace d'accidents. Les douleurs locales avaient complètement cessé.

Le 4 janvier, 11e jour de l'opération, sans cause connue, et alors que les souffrances du bras avaient sensiblement diminué, de vives douleurs surgirent à la partie antérieure de la jambe gauche. Bientôt on constata de la rougeur, du gonflement, en un mot tous les signes d'une inflammation en tout comparable à celle du bras. La fièvre redoubla, et avec elle les phénomènes saburraux. La langue devint sèche au centre, les dents fuligineuses; la prostation était grande, le sommeil nul ou agité de rêvasserie, l'appétit faisait absolument défaut. Le lait et l'eau de Vichy qui avaient été prescrits à cause de dépôts d'urates assez abondants provoquent du dégoût. Une diarrhée assez forte se déclare.

Je suis mandé dans cette occurence à me rendre à V. le dimanche

8 janvier, 14e jour après l'opération. Voici les diverses constatations que je pus faire.

Le bras droit est dans toute son étendue rouge et gonflé ; en plusieurs points l'épiderme est soulevé et en partie détaché comme dans la brûlure au second degré; nulle part la peau ne paraît sphacélée, mais à l'avant-bras et sur le dos de la main on devine que des perforations spontanées vont se faire. La face antérieure et interne du bras présente une collection purulente qui s'étend du coude à l'aisselle. La fluctuation est moins évidente ou masquée par l'œdème à la face dorsale de l'avant-bras, mais il n'y a pas de doute sur l'existence d'un vaste phlegmon sous-cutané, phlegmon érysipélateux ou érysipèle phlegmoneux, comme on le voudra. Je pratique deux incision de 5 à 6 centimètres, l'une au-dessus du pli du coude, le long du bord interne du biceps, l'autre à la partie supérieure de l'avant-bras, au niveau des radiaux. Une grande quantité de pus s'écoule ; il est bien lié, mais on voit s'engager entre les lèvres de la plaie des flocons de tissu cellulaire sous-cutané sphacélé.

La partie antérieure de la jambe gauche présente un gonflement étendu du genou au cou-de-pied occupant à peu près la moitié de la circonférence du membre et paraissant avoir son siège et son point de départ au niveau de la gouttière interosseuse antérieure. Il y a rougeur de la peau, œdème considérable, douleurs au toucher, et je crois sentir de la fluctuation profonde. Comme il s'agissait évidemment ici d'un phlegmon commençant, je pratique une ponction avec la pointe du bistouri jusqu'à plus de deux centimètres de profondeur ; quelques gouttes de sang sortent mêlées de pus; j'introduis alors une sonde cannelée, et à son aide je pratique un débridement de 6 centimètres, parallèle à l'axe du membre; il s'échappe une quantité appréciable de pus; il s'agissait donc évidemment d'un phlegmon diffus en voie de développement.

Les plaies sont lavées avec l'eau phéniquée ; l'onguent napolitain et les cataplasmes sont supprimés et remplacés par d'épaisses compresses de mousseline imbibées d'eau phéniquée à 2 % enveloppant les membres affectés et renouvelées toutes les 3 heures.

La plaie du cou est en bon état; elle s'est déjà notablement réduite et ne présente pas trace d'inflammation; elle est plutôt un peu atone et pâle. Le bord inférieur de la mâchoire est à nu dans l'étendue de plusieurs centimètres; le pus est d'assez bonne nature, inodore, peu abondant.

L'état général n'est pas aussi mauvais qu'on le pourrait craindre; la fièvre est assez forte, mais le pouls est plein et régulier; le ventre, gros, un peu distendu par des gaz, reste souple et indolent; pas de nausées; la langue est sale mais humide, la respiration bien libre, l'intelligence tout à fait intacte. Le pronostic, quoique sérieux, ne me paraît pas trop grave. J'espère que les incisions amèneront du soulagement et mettront fin aux accidents. On fera tous les efforts pour faire tolérer les aliments; le quinquina sera continué, avec quelques petits verres de vin vieux.

Je me fis donner des urines; elles ne présentaient rien d'anormal, si ce n'est la coloration brunâtre due à l'acide phénique. Les dépôts d'urates avaient disparu depuis quelques jours. Pour n'y plus revenir, je dirai que le lendemain j'en fis l'analyse avec mon interne en pharmacie et que nous ne trouvâmes ni albumine, ni sucre, ni urée, ni phosphate en excès.

Le 14 janvier, je reçus des nouvelles ; le malade allait passablement.

Le lendemain de mon voyage, c'est-à-dire le 9 janvier, mon confrère avait dû pratiquer une nouvelle ouverture à l'avant-bras. Les jours suivants la peau, comme cela avait été prévu du reste, s'était perforée en 5 ou 6 points sur le poignet et au dos de la main. Du pus s'était écoulé en abondance. La rougeur du bras avait disparu ainsi que la plus grande partie du gonflement; la douleur avait également cédé partout. L'incision unique pratiquée à la jambe semblait devoir suffire ; là aussi le phlegmon paraissait arrêté.

Toutefois la fièvre n'avait pas cédé; elle avait même augmenté après les incisions, accompagnée de soif vive, de mal de gorge, qui avait fait craindre le retour d'un érysipèle de la face. Le 12 cependant le pouls était redescendu à 80 et la peau était fraîche au moins dans la matinée ; langue moins sèche; plaie du cou en bon état; suppuration assez abondante et de bonne nature. On couvre le bras et la jambe de cataplasmes de fécule de pomme de terre largement arrosés d'eau phéniquée à 2 %. La suppuration est belle et sans mauvaise odeur. Si ce n'était la faiblesse grande, disait en terminant mon confrère, l'état tendrait plutôt à s'améliorer.

Malheureusement trois jours plus tard je recevais de mauvaises nouvelles. L'érysipèle de la face, dont on avait redouté l'apparition la semaine précédente, était décidément survenu; il n'était pas parti de la plaie du cou, restée de belle apparence, mais il avait paru sur la joue, sortant manifestement de la narine et envahissant bientôt le nez et l'oreille. Ganglions carotidiens tuméfiés et douloureux au toucher; recrudescence de la fièvre, pouls à 104.

Une complication plus sérieuse encore se montra. Depuis plusieurs jours le malade toussait un peu; le symptôme augmenta et on découvrit à l'auscultation les signes d'une congestion pulmonaire généralisée assez intense.

On prescrivit le kermès, la digitale et les révulsifs externes, puis sur les parties envahies par l'érysipèle l'onguent napolitain belladoné. On continua le vin et le bouillon.

Je fus prié de retourner à V. Je devais m'y rendre le lendemain lorsqu'un télégramme m'apprit que M. T. avait succombé le 19, par le fait surtout de la complication pulmonaire.

Voici mes trois observations, il est impossible de ne pas reconnaître que les malades présentaient dans ces cas une certaine prédisposition.

Dans certains pays, au Brésil, par exemple, les érysipèles, les

lymphangites se répètent souvent en laissant à leur suite l'éléphantiasis. En France, on observe quelquefois cette répétition des érysipèles, une de mes malades en a eu 79 à la face. Les exemples de femmes ayant eu 7, 8, 12 érysipèles de la face ne sont pas rares.

Quelles sont donc les chances du chirurgien quand il entreprend une opération chez des malades ayant déjà eu plusieurs érysipèles?

Quelles sont les conséquences de ces érysipèles ? on dira qu'ils laissent à leur suite un état anatomique particulier des tissus ; ces faits sont connus pour les érysipèles de Bourbon, du Brésil. L'érysipèle nouveau ne se montre pas toujours au niveau de la plaie, mais à distance ; on ne peut donc faire intervenir alors une prédisposition des tissus.

En tout cas, je serais bien inquiet si je devais faire une autoplastie de la face chez un malade ayant déjà eu plusieurs érysipèles de cette région.

Discussion.

M. Desprès. Je ne me préoccupe pas de l'existence antérieure de plusieurs érysipèles ; un érysipèle antérieur n'aggrave pas le pronostic d'une opération.

Une de mes malades atteinte de cancer du sein, eut plusieurs érysipèles, et mourut, non de cette affection, mais d'épuisement.

Une jeune fille à laquelle j'avais fait une blépharoplastie prit un érysipèle, un an après je séparai les deux paupières, un érysipèle survint et guérit. La malade mourut d'embolie pulmonaire, la veille de son départ.

J'ai opéré deux fois un malade ayant un cancer des lèvres ; la première fois il eut un érysipèle, la seconde fois aucune complication ne survint.

Enfin je fis une seconde opération de fistule vésico-vaginale à une malade qui était atteinte de bronchite, le jour même elle eut une élévation de température et un érysipèle. Deux mois après je fis à cette malade une troisième opération, il n'y eut ni fièvre, ni érysipèle.

Je suis de l'avis des vieux chirurgiens, on ne meurt pas d'érysipèle; l'érysipèle n'est jamais grave. Je ne crois pas que, dans toute ma carrière, j'aie vu deux fois l'érysipèle amener la mort.

M. Sée. Je citerai le cas d'une femme qui entra à la maison de santé pour un cancer du sein ; elle était obèse, j'obtins facilement la réunion de la plaie ; un érysipèle se montra avec 41° de température, la malade guérit.

Deux ans après, la malade revint avec une récidive dans la plaie

et les ganglions, je vidai la cavité axillaire, je pus encore faire la réunion, il n'y eut pas d'érysipèle.

Au sujet de la gravité de l'érysipèle, je dirai qu'il y a 18 mois deux de mes malades sont mortes de cette affection ; on meurt donc encore d'érysipèle.

M. Gillette. A l'appui de ce que vient de dire M. Verneuil je citerai une observation.

Un jeune homme fut opéré il y a 3 ans par M. Richet, d'une tumeur génienne droite; il eut un érysipèle grave qui envahit la face et le cuir chevelu.

Un an après, la tumeur était revenue, le malade me demanda de l'opérer ; l'idée de l'érysipèle antérieur me faisait hésiter, cependant j'enlevai cette tumeur qui était un sarcome englobant le nerf facial, l'artère transverse de la face et le canal de Stenon ; je pus isoler le nerf et l'artère, mais je fus obligé de réséquer le canal de Stenon confondu avec la tumeur. Le malade guérit sans fistule, j'avais fait une boutonnière à la muqueuse buccale.

Tout alla bien pendant six jours, à ce moment un érysipèle se développa sur la face et la nuque, sans partir de la plaie opératoire; il amena un volumineux abcès de la nuque qui fut drainé et lavé.

M. Verneuil. Dans le débat qui vient d'avoir lieu, six observations ont été citées, trois sont favorables à l'opinion que j'ai soutenue, trois sont négatives.

Trois malades sur six ont eu un érysipèle lors d'une nouvelle opération, on a donc de grandes chances d'avoir un érysipèle quand on en a déjà eu.

Plus les érysipèles sont répétés, plus ils sont graves.

M. Pozzi a publié l'observation d'un malade qui a eu trois érysipèles et qui est mort au troisième; il avait le foie gras. L'érysipèle altère les organes et amène des altérations viscérales.

Je crois aussi que l'érysipèle n'est pas grave quand on a de bons viscères ; en dehors des épidémies, cette affection ne tue que si l'on a de mauvais viscères; il en est de même pour beaucoup de maladies, la variole, la rougeole. Vous vous souvenez de ces malheureux Esquimaux qui, habitués à boire de l'huile, ayant le foie gras, succombèrent presque tous à la variole.

En résumé, un premier érysipèle est donc une prédisposition pour en avoir un second, et le pronostic devient plus grave à mesure que leur nombre augmente.

La Société se forme en comité secret à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,
Nicaise.

Séance du 8 février 1882.

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris ;

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Les Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie. — Archives de médecine. — Bulletin de thérapeutique. — Revue médicale de l'Est. — Lyon médical. — Gazette médicale de Strasbourg. — Marseille médical. — Revue militaire. — Revue médicale. — Journal du magnétisme;*

3° *The Practitionner. — British medical. — Mémoires couronnés par l'Académie royale de Belgique.*

4° Le volume 64 des *Transactions médico-chirurgicales de Londres ;*

5° *Étude sur les bourdonnements de l'oreille, par le Dr Hermet ;*

6° *Revue trimestrielle de l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles,* par le *Dr Lebrun;*

7° *Observation de tumeur pulsatile de l'orbite. — Ligature de la carotide primitive, guérison* par le *Dr Weiss,* agrégé à la Faculté de médecine de Nancy (MM. Verneuil, Pozzi et Berger).

La Société a décidé qu'elle proposait pour les prix Gerdy et Demarquay qui seront donnés en 1883, les sujets suivants :

Pour le PRIX DEMARQUAY : *De l'étiologie de l'érysipèle.*

Pour le PRIX GERDY : *Des tuberculoses localisées u point de vue chirurgical.*

Les mémoires doivent être adressés à la Société avant le 15 novembre 1883.

A propos du procès-verbal.

M. NICAISE, à propos de la discussion sur la résection tibio-tarsienne dans la luxation du pied en dehors, présente une pièce pathologique de fracture du cou-de-pied avec luxation.

Fracture bimalléolaire du cou-de-pied droit; luxation du pied en dehors; consolidation vicieuse.

(Observation recueillie par M. Queyrat, interne des hôpitaux.)

C., âgée de 51 ans, domestique, entre le 8 novembre 1881 à l'hôpital Laënnec (service de M. Nicaise, salle Chassaignac, n° 10).

Rien de particulier comme antécédents soit héréditaires, soit acquis.

Dans les premiers jours de janvier 1881, la malade glissa sur le bord d'un trottoir et tomba (le pied droit étant dans l'abduction et la rotation en dehors); elle ne put se relever.

Il s'était produit uno fracture bimalléolaire du côté droit avec luxation du pied en dehors; fracture compliquée de plaie au niveau de la malléole interne.

On réduisit la luxation : la jambe fut placée dans une gouttière en fil de fer et on appliqua des cataplasmes.

Trois semaines après survint un phlegmon de toute la jambe qu'on fut obligé de sortir de la gouttière; la luxation se reproduisit, no put être maintenue réduite, et en dernière analyse, les os fracturés se consolidèrent en position vicieuse (rotation du pied en dehors).

Après avoir refusé à plusieurs reprises une intervention chirurgicale curative, la malade entra à Laënnec, le 8 novembre.

M. Nicaise constate une déformation considérable au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite. Le pied est complètement déjeté en dehors et en haut. Son bord externe est devenu supérieur, la face dorsale regarde directement en dedans. A la partie interne, on constate une saillie énorme formée par l'extrémité inférieure du tibia, puis une encoche brusque, profonde, séparant la jambe de la face dorsale du pied, de telle sorte que la jambe, le cou-de-pied et le pied constituent dans leur ensemble une sorte de Z. Il existe une petite plaie au niveau de la saillie du tibia.

Les mouvements de flexion et d'extension sont abolis. Les mouvements qui persistent se passent manifestement dans les articulations sous-astragalienne et médio-tarsienne. Pas de mouvements de latéralité. La marche est très pénible, mais possible encore.

La malade s'étant décidée à une intervention chirurgicale, M. Nicaise se proposait de tenter une résection tibio-tarsienne lorsque, le 2 janvier 1882, la petite plaie qui siégeait au niveau de l'extrémité du tibia devient le point de départ d'un érysipèle.

Cet érysipèle envahit rapidement tout le membre inférieur du côté droit, la région fessière correspondante, les lombes, le dos, le cou, s'accompagnant d'une adynamie extrême et bientôt compliqué d'une pleurésie gauche avec épanchement abondant.

La malade succombe le 10 janvier.

Autopsie le 12 janvier.

Lésions viscérales peu importantes, sauf un épanchement pleurétique gauche.

Après dissection minutieuse de la jambe droite, on constate un véritable bouleversement des surfaces articulaires au niveau du cou de pied.

A la partie la plus interne, l'extrémité inférieure du tibia fait une saillie considérable; elle a perdu tout rapport articulaire avec l'astragale, le sommet de la malléole a été arraché; le cartilage articulaire a disparu; un tissu de cicatrice était adhérent à l'os en ce point. Sur la face postérieure du tibia, près de son bord externe, existe la trace d'une fracture qui avait détaché un fragment triangulaire de l'os, lequel s'est soudé au tibia en s'inclinant un peu en dehors.

En dehors du tibia (et confondu avec lui par fusion osseuse sur une hauteur de 3 cent.) se voit le péroné, puis en dehors du péroné l'astragale. Encore cet os est-il dévié de telle sorte que sa face supérieure regarde en dedans et sa force externe en haut et en arrière. C'est la face supérieure qui fait corps avec la face externe du péroné.

La malléole externe a été fracturée et entraînée en dehors en arrière et en haut par le déplacement de l'astragale; elle est soudée au péroné avec lequel elle forme un angle droit et soudée aussi à la partie postérieure de la face externe de l'astragale.

En somme, le tibia, le péroné et l'astragale ne forment plus qu'une seule et même masse osseuse. L'astragale, au lieu d'être emboîtée dans la mortaise péronéo-tibiale, se trouve transportée en dehors du péroné, fusionnée par sa face supérieure avec la face externe de cet os qui lui-même fait corps en dedans avec le tibia.

Les ligaments ont presque entièrement disparu et n'existent çà et là qu'à l'état de tractus.

Les tendons sont intacts, à part celui de jambier postérieur qui est rompu et qui adhère en son point de rupture à l'extrémité inférieure du tibia.

Les tendons des deux péroniers latéraux s'éloigent du péroné, croisent la face externe de l'astragale devenue postéro-supérieure pour se porter vers la gouttière calcanéenne. Les vaisseaux et les nerfs sont intacts.

Sur cette pièce l'os intermédiaire dont M. Verneuil a parlé dans la dernière séance n'est pas formé par un fragment du tibia, mais par l'extrémité de la diaphyse péronéale, interposée au tibia et à l'astragale et soudée aux deux dans une hauteur de 3 centimètres environ; maison retrouve en arrière les traces d'un petit fragment détaché du tibia et adhérent à cet os, mais non à l'astragale, ni au péroné.

Cette disposition aurait rendu l'opération des plus difficiles ; la section du péroné, telle que la conseille M. Polaillon n'aurait pas permis de luxer le pied.

M. Verneuil. Nous avons montré dans la dernière séance un moule en plâtre représentant un cas semblable à celui qui nous est

communiqué par M. Nicaise; dans les deux, le pied et la jambe ont perdu toute connexion naturelle, le pied est en dehors de la jambe.

Cette pièce montre également que l'os intermédiaire peut être formé par deux portions osseuses différentes. Tantôt il se produit une fracture longitudinale du tibia qui en sépare en dehors un petit fragment, c'est ce qui existait sur la pièce de M. Polaillon. Sur celle de M. Nicaise, au contraire, l'os intermédiaire est formé par le péroné qui s'interpose entre l'astragale et le tibia et se soude aux deux.

Enfin cette pièce nous montre encore l'utilité de réséquer les tendons; ici les péroniers rétractés auraient été, après la résection, à peine assez longs pour s'appliquer contre les os et ils auraient probablement reproduit la luxation.

M. Larger. M. Verneuil conseille la résection des tendons, mais il ne fait pas de cette pratique un principe absolu. Il est en effet difficile, au moment du traumatisme, de connaître l'état des tendons, et de préjuger des troubles qui surviendront dans les fonctions du membre par suite des altérations subies par les muscles. Sur la pièce de M. Nicaise, le tendon du jambier postérieur est seul rompu.

En outre, dans ces traumatismes, les nerfs sont également lésés, distendus, les muscles qu'ils innervent s'atrophient, des déformations surviennent.

Les nerfs sont toujours blessés dans ces luxations, certains sont élongués; ceci est vrai surtout dans les fractures du radius. Il y a alors, d'après la théorie de Lecomte, distension des ligaments antérieurs; des deux nerfs, le cubital résiste le moins, surtout sa branche profonde; de là une atrophie musculaire et des troubles fonctionnels dans la main.

De plus les muscles sont aussi atteints, ils s'enflamment et subissent des modifications dans leur tissu.

Chez un jeune homme du service de M. Desprès qui avait les deux jambes fracturées, il y eut d'un côté des complications inflammatoires, de la névrite et des déformations consécutives. Celles-ci ne se montrèrent pas de l'autre côté, resté indemne de complications.

On devra donc réunir les tendons divisés, puis on cherchera à leur rendre leurs fonctions en les électrisant.

Si des muscles sont paralysés, on réséquera leurs antagonistes, ou mieux encore les nerfs qui les innervaient.

M. Polaillon. Le cas que nous présente M. Nicaise eût été défavorable à la résection avec conservation de la malléole externe. Il était trop tard pour tenter cette conservation, l'astragale étant ankylosé; pour pouvoir conserver avec utilité la malléole externe, il est

nécessaire que l'astragale soit encore mobile; autrement la section du péroné ne permettrait pas de déplacer le pied.

M. Gillette, à propos de la discussion sur l'érysipèle, donne lecture de l'observation suivante dont il a parlé dans la dernière séance :

Cette observation relative à un *sarcome de la joue droite* mérite d'attirer l'attention à ce double point de vue:

— Guérison sans fistule persistante du canal de Sténon que j'ai dû réséquer pendant l'opération.

— Érysipèle sérieux de la face et du crâne chez le malade qui en avait déjà présenté un à la suite d'une première opération pratiquée dix-huit mois auparavant. — Je l'intitulerai ainsi :

Tumeur sarcomateuse récidivée de la région génienne droite, ablation. Résection d'une partie du canal de Sténon. Érysipèle étendu de la tête. Vaste collection purulente de la nuque. Guérison sans fistule du conduit parotidien.

P., 32 ans, est d'une taille élevée et a un embonpoint assez accusé, mais il paraît plus fort qu'il ne l'est en réalité et son tempérament est lymphatique. Il y a dix-huit mois environ, c'est-à-dire en 1879, il fut opéré, me dit-il, par M. Richet d'une petite tumeur de la joue droite, sur la nature de laquelle il ne peut me fournir aucun renseignement précis : toujours est-il qu'à la suite de cette ablation, il eut un érysipèle très grave de la tête qui faillit le faire succomber et que la plaie ne finit par se fermer qu'après avoir suppuré très longtemps. La réapparition d'une masse analogue à la première ne se fit pas attendre plus de deux mois et c'est pour une récidive qu'il vint me consulter au milieu de 1880. Voici les caractères cliniques que présentait la tumeur génienne située à droite.

Elle était du volume d'une petite noix, dure avec un certain degré de rénitence, moins mobile au-dessous de la peau que sous la muqueuse buccale. Elle se trouve au niveau de la partie moyenne de la joue droite, au-dessous de l'os jugal, est parcourue à sa surface par quelques veinules dilatées et la peau qui la recouvre et qui est un peu adhérente offre la trace de la cicatrice due à la première opération. Cette tumeur n'est le point de départ d'aucun élancement, mais elle gêne le malade et le tourmente parce qu'elle grossit.

Je l'opérai avec M. le Dr Paquelin. Anesthésie locale par l'éther. — Après avoir pratiqué l'incision horizontale de la peau sur la tumeur, puis deux petits débridements dans le sens vertical, je détachai la tumeur de ses adhérences avec le tégument, à l'aide de la spatule et des doigts et je pus m'assurer qu'elle s'était développée aux dépens de la petite parotide accessoire qui accompagne le canal de Sténon. Ce dernier compris dans la masse et fortement adhérent, dut être réséqué

dans une étendue de deux centimètres, je pus ménager l'artère transversale de la face et le nerf facial qui avaient des connexions moins intimes avec la tumeur. Pendant la manœuvre opératoire, une boutonnière fut faite involontairement à la muqueuse buccale sur laquelle le néoplasme reposait directement.

Un catgut fut placé au niveau de la boutonnière faite à la muqueuse buccale, deux petites artères furent liées et deux épingles réunirent les bords de la plaie, après introduction d'un drain dans la profondeur. Pansement antiseptique à l'acide phénique au centième.

Malgré ce pansement, une suppuration assez intense eut lieu et un érysipèle se déclara le 4e jour, mais ne semblant pas débuter par la plaie opératoire. Je revis le malade au bout de huit jours et je constatai la formation d'une vaste collection purulente comprenant presque toute la largeur de la nuque : je la drainai, fis faire des injections phéniquées et 15 jours après elle avait disparu.

Quant à la plaie de la joue elle s'était, dans cet intervalle, cicatrisée sauf dans un point central donnant écoulement, surtout pendant la mastication, à la salive parotidienne. Je redoutais la persistance de cette fistule, mais il n'en fut rien; après deux cautérisations assez profondes faites avec un crayon de nitrate d'argent pointu, la petite plaie se ferma et tout écoulement salivaire par la joue disparut. Deux mois après l'opération que j'avais pratiquée, le malade était absolument rétabli. — Voilà près de deux ans que P. a été opéré. L'ouverture que j'ai accidentellement produite pendant le détachement de la tumeur, a-t-elle été pour quelque chose dans l'absence de persistance de la fistule salivaire? Je n'oserais l'affirmer, mais il m'était permis de rappeler cette coïncidence et d'attirer l'attention sur ce fait. — Quant à la nature de la tumeur, elle ne m'a laissé aucun doute après examen histologique: c'était un sarcome.

En terminant cette courte observation, je la rapprocherai jusqu'à un certain point, non pas eu égard à la cause, mais pour la terminaison heureuse, d'un cas publié par le Dr Michalski, de Charny (Yonne) dans la *Gazette des hôpitaux* de 1875 et dans lequel une *fistule salivaire du canal de Sténon* (de nature traumatique) chez un enfant s'est terminée rapidement et sans laisser aucune trace, à la suite de simples cautérisations faites avec le crayon de nitrate d'argent.

Rapport.

M. Pozzi, au nom d'une commission composée de MM. Duplay, Lucas-Championière et Pozzi, lit le rapport suivant sur des observations présentées à la Société par le Dr Millot-Carpentier, candidat au titre de membre correspondant.

M. le Dr Millot nous a adressé cinq observations intéressantes. Parmi elles, il en est une (relative à une opération de taille pour un calcul développé autour d'un haricot), qui a déjà été publiée par l'auteur dans un *Recueil de notes chirurgicales.* La Société n'a donc pas à s'en occuper.

Les quatre autres observations ont trait à des kystes de l'ovaire, opérés par l'ovariotomie. Dans le premier cas, il s'agissait d'un *kyste uniloculaire traité sans aucun résultat par la ponction suivie de l'injection iodée.* L'ovariotomie pratiquée par le Dr Millot fut suivie d'une rapide guérison. L'opérateur a suivi le procédé ordinaire qu'il qualifie, nous ne savons pas trop pourquoi, de *méthode américaine;* il n'y eut d'autre incident à noter que l'obstruction du trocart évacuateur par des flocons de fibrine coagulée, attribués judicieusement par le Dr Millot à l'injection iodée antécédente. Il est remarquable que, malgré cette injection irritante, la surface externe du kyste n'ait présenté que des adhérences très faibles, n'ayant nullement compliqué l'opération. Le kyste pesait 40 livres. Le pédicule, serré par une double ligature de soie phéniquée, fut rentré dans l'intérieur de l'abdomen; le chirurgien n'eut à faire que six pansements, consistant chaque fois en un gâteau de charpie, imbibé d'eau phéniquée au 20e, maintenu par du collodion « agissant à la fois pour la compression et pour l'occlusion ». Une couche épaisse d'ouate et un bandage de corps concouraient en outre à ce double but.

La deuxième observation a pour titre : *Kyste multiloculaire de l'ovaire avec hypertrophie de l'utérus. Ovariotomie et amputation de l'utérus, pansement de Lister. Guérison.* On voit par la lecture de cette observation que l'état morbide de l'utérus n'avait pas été soupçonné, bien que la malade, âgée de 21 ans, eût des pertes assez considérables. Le palper abdominal et le toucher rectal donnaient la sensation d'une tumeur mixte, à la fois solide et liquide, si bien que M. Millot se demanda « s'il n'était pas en présence de parties fœtales contenues dans un kyste extra-utérin, par conséquent, s'il ne s'agissait pas d'une ancienne grossesse anormale. Au cours de l'opération, après avoir vidé et excisé un kyste, l'opérateur se trouva en présence « d'une autre masse, dure, *vo-*
« *lumineuse comme le poing d'un enfant,* qui apparaît dans le fond
« de la plaie. Nous pensons aussitôt, ajoute-t-il, à un fibrome utérin
« sous-péritonéal ou à un polype du rectum, comme nous avons
« déjà pu en rencontrer. Nos confrères partageaient cette indéci-
« sion, mais étaient bien d'avis d'enlever séance tenante ce nouveau
« produit pathologique, quelle que fût son origine. Un examen
« *plus attentif* nous fit *bientôt* constater qu'il s'agissait bel et bien

« de l'utérus, dont la face antérieure était hypertrophiée et renfer-
« mait un myôme de la variété sous-péritonéale. »

Il est regrettable que M. Millot, dans la rédaction un peu concise que nous avons citée textuellement, ne nous dise pas si c'est avant ou après l'ablation de « la masse dure, *grosse comme le poing d'un enfant* » que sa nature a été reconnue. Peut-être si l'idée que ce pouvait être tout simplement l'utérus s'était présentée à son esprit, en même temps que celle, beaucoup plus savante, d'un polype du rectum, l'opérateur et ses honorables confrères auraient-ils été moins unanimes dans leur décision hardie. L'ablation d'un utérus gros seulement comme le poing d'un enfant (et d'un enfant de quel âge ?) ne s'impose pas d'emblée à la décision d'un chirurgien; le myôme qui y était inclus (M. Millot néglige de nous indiquer ses dimensions) et qui était, dit-il, sous-péritonéal, ne paraît avoir été reconnu qu'après l'opération faite. Nous sommes donc sans doute ici en présence d'une hystérectomie pour ainsi dire fortuite. — Hâtons-nous de dire que la malade a guéri. — Les deux pédicules, ovarique et utérin, avaient été abandonnés dans l'abdomen, après qu'on eût placé à la base plusieurs ligatures. L'auteur ne donne à ce sujet qu'une indication incomplète. La jeune fille a vu revenir ses règles six semaines après l'opération. Cette particularité de la menstruation après l'ablation de l'utérus mérite d'être relevée, bien qu'elle soit bien connue aujourd'hui.

La troisième opération de M. Millot n'a pas été aussi heureuse. En voici le titre : *Kyste multiloculaire de l'ovaire. Douze ponctions sans résultat définitif, ovariotomie. Mort aussitôt après l'opération par le shock ou collapsus.* La malade avait 60 ans; le kyste était énorme et la ponction en avait parfois retiré environ 40 litres ; il y avait beaucoup de gêne de la respiration et de l'affaiblissement. L'opération, faite avec toutes les précautions listériennes, fut très laborieuse par suite des adhérences aux organes abdominaux « foie, rein, estomac, intestins » et aux parois abdominales. « Il fallut « disséquer minutieusement chacune des attaches, ce qui exigea « *un temps fort long.* » Outre le kyste, il y avait dans le ventre une énorme tumeur solide de nature indéterminée qu'il fallut « morceler en une *infinité* de tranches. » Il est probable que cette partie de l'opération demanda aussi beaucoup de temps. — Au moment où l'on allait procéder à la toilette du péritoine, le pouls devint intermittent, puis cessa de battre. Malgré les soins les plus empressés prodigués durant deux heures, la malade succomba, nous dit M. Millot, « *dans un état syncopal analogue à celui que* « *l'on observe parfois à la suite de la thoracentèse et même après* « *la ponction d'une ascite.* » Cette *analogie* nous paraît un peu

forcée. Point n'est besoin de l'invoquer pour expliquer cet accident survenant après une opération de cette gravité et de cette durée chez une personne affaiblie et âgée.

La quatrième observation d'ovariotomie pour un *kyste multiloculaire de l'ovaire gauche*, chez une femme de 39 ans, a été suivie d'une guérison très rapide. Le pansement de Lister a été employé. L'auteur n'entre dans aucun détail opératoire.

En résumé, sur ces 4 observations d'ovariotomie, dont une compliquée d'*hystérectomie* ou tout au moins d'*hystérotomie*, M. Millot a obtenu trois succès. Cette statistique est-elle intégrale? Il est regrettable que l'auteur ait négligé de l'indiquer, mais tout nous porte à le croire. Une moyenne de 25 % est loin d'être mauvaise, bien qu'il y en ait de plus brillantes.

On le voit, M. le Dr Millot n'hésite pas à pratiquer les grandes opérations chirurgicales, en pleine campagne, loin des ressources des grands centres. Depuis le début de ses études, il paraît du reste avoir eu une prédilection marquée pour le traitement des kystes ovariques. Sa thèse publiée en 1873 avait pour titre : *Du traitement des kystes de l'ovaire par le drainage*. Mais M. Millot a bien changé depuis cette époque où il qualifiait l'ovariotomie « cette « hardie opération qui, malgré tout, restera bien longtemps du « domaine exclusif d'un petit nombre de chirurgiens» . Maintenant le temps est venu, et M. Millot le prouve par son exemple, où tout chirurgien quelque peu instruit et exercé pourra ouvrir l'abdomen avec plus de chance de guérir ses malades qu'il n'en aurait avec des opérations bénignes en apparence, graves en réalité, le drainage par exemple.

La pratique de M. Millot prêterait à de nombreuses remarques. Nous lui signalerons seulement l'utilité qu'il eût retiré, dans deux au moins de ses observations, d'un examen attentif fait peu après une ponction évacuatrice du kyste. Il eût ainsi pu mieux apprécier les connexions des parties solides qui ont été pour lui, au cours de l'opération, une cause d'embarras.

M. Millot, qui a été vivement incommodé par la pulvérisation phéniquée, ne signale son emploi que dans un de ses cas. Il ne l'a certainement pas employée dans sa première observation, peut-être pas dans la dernière : elles ont été suivies toutes deux de guérison. Bornons-nous à cette remarque en la rapprochant du récent travail de M. Kœberlé, où il repousse complètement le *spray* et diverses autres manœuvres listériennes, pour s'en tenir à des precautions antiseptiques plus simples et, suivant lui, suffisantes.

La commission vous propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son travail aux archives.

Discussion

M. Terrier. Il est à regretter que le présentateur ne soit pas entré dans plus de détails, car il est difficile de savoir comment il a opéré. A-t-il enlevé un myome de l'utérus ou l'utérus lui-même et dans ce cas comment a-t-il établi ses sutures sur l'utérus ?

Le cas est intéressant cependant, car le traitement du pédicule utérin est délicat. Dans une hystérectomie, j'ai suturé avec soin la plaie faite à l'utérus et néanmoins la malade est morte d'hémorragie.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Lectures.

M. Peyrot lit un travail intitulé : *Note sur un angiome fibreux développé dans la loge musculaire de l'œil droit et qui a fini par entraîner la disparition complète de cet organe.*

M. Terrier est chargé de faire un rapport sur ce travail.

M. Reclus lit un travail intitulé : *Sur une observation d'angiome caverneux en communication directe avec la veine jugulaire.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Desprès, Terrier et Farabeuf, rapporteur.

Présentation de malades.

M. Labbé présente une jeune fille de 20 ans, atteinte d'*éléphantiasis de la face.* La tumeur a débuté dans l'enfance, à 13 mois ; à 5 ans elle était proportionnellement aussi développée qu'aujourd'hui. A ce moment une opération fut faite, mais la récidive ne tarda pas à survenir.

L'œil est caché par la tumeur, mais intact.

Je désirerais avoir l'avis de mes collègues sur l'opportunité d'une intervention ; je crois qu'il y a lieu d'intervenir par une opération autoplastique.

M. Verneuil. Il s'agit là d'une variété de tumeur décrite il y a 25 ou 30 ans par Valentine Mott, sous le nom de pachydermatocèle; il en a publié trois ou quatre observations. Les tumeurs présentaient de grands plis cutanés, mous, mobiles, étagés, simulant le fanon du bœuf. On n'avait pas alors de renseignements précis sur leur structure, on sait aujourd'hui que ce sont des névromes plexi-

formes, que j'ai été, je crois, le premier à décrire. M. Depaul en a observé un cas chez un enfant, il a été opéré et a guéri.

On a encore désigné ces tumeurs sous le nom d'éléphantiasis mou; elles sont justiciables de la chirurgie, et dans le cas qui nous est présenté on pourra faire une opération autoplastique en restaurant les paupières.

Ces tumeurs sont formées principalement par des tissus fibreux et une prolifération prodigieuse des nerfs.

M. Desprès. Dans le livre d'Allard, de 1824, sur les maladies des vaisseaux absorbants, on trouve des figures qui représentent la lésion que porte cette femme; il y a également des faits de ce genre dans le mémoire de Godard sur l'éléphantiasis.

Je pense qu'il s'agit là d'un simple éléphantiasis de la face; un cas en a déjà été présenté à la Société de chirurgie.

Une opération ne guérira pas radicalement la malade, car l'éléphantiasis récidive, mais elle fera disparaître la difformité pendant un certain temps, peut-être pendant cinq ans.

M. Trélat. Cette tumeur est opérable et on pourra rétablir les paupières par une autoplastie.

Je ne crois pas qu'il s'agisse d'un névrome plexiforme; ces dernières tumeurs ne sont pas aussi considérables et la peau ne présente pas les mêmes modifications.

Ce n'est pas de l'éléphantiasis de la face; j'ai vu de ces cas, il y a alors conservation des traits, la peau est épaisse, ferme et parsemée de tubercules; elle n'est pas souple et mobile comme chez la malade que nous avons sous les yeux.

En tenant compte de l'ancienneté de la tumeur, qui a débuté à 13 mois, de son apparence extérieure, des modifications éléphantiasiques de la peau, de la sensation particulière que donne la palpation de la masse, où l'on trouve quelques noyaux plus résistants, je pense qu'il s'agit d'une tumeur vasculaire modifiée, du genre de celles qui ont été décrites par Bickersteth comme succédant aux tumeurs érectiles.

Ces tumeurs sont formées par une hypertrophie adipo-fibreuse sous-cutanée, traversée encore par des vaisseaux volumineux. Elles ont une certaine analogie avec le molluscum, mais le molluscum amaigri.

M. Verneuil. Les observations d'Allard, citées par M. Desprès ne peuvent pas servir de comparaison, car alors on n'avait pas encore fait l'examen histologique de ces tumeurs; la dénomination seule d'éléphantiasis ne prouve rien.

M. Trélat dit que la tumeur sur laquelle nous discutons res-

semble à une tumeur érectile modifiée ; mais avec M. Depaul nous avons étudié les modifications des tumeurs érectiles, et je ne les retrouve pas chez cette malade ; la sensation que nous avons ici c'est celle que donne le névrome.

Il faut opérer cette malade ; ce qu'elle a est distinct de l'éléphantiasis ordinaire : ce dernier, du reste, peut être opéré avec succès ; si on a soin de tout enlever, alors il ne récidive pas.

Donc, quand même nous aurions affaire à un éléphantiasis, ce ne serait pas une raison pour ne pas opérer.

M. Desprès. Je persiste dans mon diagnostic. Nous ne connaissons pas de névromes plexiformes aussi volumineux ; de plus, ici, il n'y a aucune douleur. D'un autre côté nous avons des descriptions qui se rapprochent de ce qu'a cette malade. Si l'on observe l'éléphantiasis dur dont parlait M. Trélat, il y a aussi l'éléphantiasis mou décrit par Allard et Godard. Dans ces tumeurs, les vaisseaux, les nerfs, toutes les parties constituantes de la peau sont augmentées de dimension, chaque théorie peut trouver là sur quoi s'appuyer.

Les tumeurs érectiles transformées n'ont pas non plus le volume de cette tumeur ; en outre, on y sent des kystes appréciables formés par les vaisseaux.

Ici nous avons des nodosités dures, une sorte de molluscum éléphantiasique.

Cela ne change pas l'utilité de l'opération ; mais celle-ci sera suivie d'un érysipèle.

M. Trélat. C'est l'anatomie pathologique qui tranchera la question, attendons l'examen ultérieur.

Ici la peau a subi une transformation hypertrophique, il n'en est pas ainsi dans les tumeurs plexiformes. Ces dernières sont encore incomplètement connues, elles sont contestées. C'est un genre de tumeur décrit, entrevu.

Nous devons donc, dans le cas particulier, rester dans un certain doute ; je dirai seulement que je lui trouve de l'analogie avec le molluscum et qu'il s'agit là sans doute d'une hypertrophie surtout fibreuse et graisseuse ; l'examen anatomique nous renseignera.

M. Terrillon. Je désire appeler l'attention sur les modifications qu'a subies le mot éléphantiasis dont l'emploi peut amener de la confusion.

En France, on désigne sous ce nom une tumeur hypertrophique de la peau.

Dans d'autres pays, aux Indes par exemple, où l'éléphantiasis se montre sur les jambes, au scrotum, les médecins ont reconnu que

cette lésion était le résultat d'un helminthe qui s'agglomère dans les vaisseaux lymphatiques de la région atteinte.

Cette variété d'éléphantiasis a été étudiée par Roncière, par Barth, dans les *Annales de Dermatologie*. Il est établi qu'elle est due au Filaria sanguinis, entozoaire qui existe dans le sang et s'accumule dans les vaisseaux lymphatiques.

La malade a donc plutôt une tumeur éléphantiasiforme qu'un véritable éléphantiasis.

M. Guéniot. En novembre 1870, j'ai présenté à la Société un enfant de 2 ans portant dans la région sourcilière une tumeur qui fut désignée sous le nom de nœvus hypertrophique, la tumeur retombait comme un voile sur l'œil.

L'opération fut conseillée, je la fis avec M. Le Fort et dans la relation de l'examen de la tumeur qui est rapportée dans nos Bulletins (p. 327), il est dit que celle-ci n'adhérait point à l'os et qu'elle était constituée par tous les éléments de la peau, surtout par du tissu cellulo-graisseux.

M. Després. Dans la discussion qui eut lieu lors de la présentation du malade de M. Guéniot, j'ai dit, ainsi que cela est reproduit dans les Bulletins, que je croyais à une hypertrophie pure et simple des éléments de la peau ; mon diagnostic a été confirmé après l'opération. Il en sera de même pour le cas de M. Labbé.

M. Le Fort. Je me rangerai à l'avis émis par M. Trélat, avec cette différence toutefois que je crois à la prédominance du tissu veineux sur les autres vaisseaux ; il ne s'agit pas de la transformation d'une véritable tumeur érectile, mais d'une variété de ces tumeurs ; j'ai vu deux cas de ce genre.

M. Trélat. Ce qui m'a fait dire qu'il s'agissait là d'une tumeur transformée, c'est que dans les recherches que nous avons faites avec M. Monod pour notre travail sur l'hypertrophie unilatérale du corps nous avons rencontré beaucoup de tumeurs ayant subi des transformations qui les éloignaient de leur type primitif.

M. Lannelongue. Je partage l'avis de M. Trélat, mais sans admettre que l'origine de la lésion soit dans une tumeur érectile.

Dans le cas qui nous est présenté, y avait-il, au début, une tumeur érectile ? Celle-ci est généralement facile à reconnaître.

J'ai vu plusieurs cas de tumeurs érectiles transformées ; sur le bras d'un enfant existait une tumeur de ce genre, mais on retrouvait encore en certains points du tissu érectile ; une autre sur le

sein d'une petite fille; enfin dans un doigt supplémentaire que je vous ai présenté.

La malade, que nous venons d'examiner, a une variété de molluscum renfermant des nerfs, des vaisseaux, etc.; mais en nosologie, cette tumeur ne peut être rattachée aux tumeurs érectiles.

On voit fréquemment des tumeurs de cette espèce chez les enfants.

J'ai vu avec M. Sée un cas de macrodactylie ne présentant rien d'érectile.

J'ai en ce moment dans mon service, une petite fille qui a une hypertrophie du clitoris qui mesure environ 10 centimètres et a le volume du pouce; il y a aussi une hypertrophie d'une grande lèvre. J'ai enlevé le clitoris; sur la grande lèvre, je fais des incisions avec le thermocautère pour en modifier la nature; la malade est soumise à ce traitement depuis environ 18 mois et est à peu près guérie.

Je signale ce fait pour montrer qu'on peut guérir ces hypertrophies en amenant une modification du tissu. Mais chez la malade de M. Labbé, il n'y a qu'à faire de l'exerèse et de l'autoplastie.

M. Labbé. La tumeur n'a jamais eu au début l'aspect d'une tumeur érectile; la peau n'a jamais eu d'autre coloration que celle qu'elle présente aujourd'hui.

M. Polaillon présente un malade chez lequel il n'a pu réduire une *luxation de l'épaule* qu'après avoir fait la section sous-cutanée des brides fibreuses.

M. Larger présente un malade atteint d'*aï douloureux* siégeant dans la gaine des radiaux qu'il a fait connaître dernièrement, gaine qui siège au-dessus de celle qui a été décrite jusqu'ici.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

Nicaise.

Séance du 15 février 1882.

Présidence de M. Labbé.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Alger médical. — Lyon médical. — Bulletin du Nord. — Montpellier médical. — Revue médicale. — Journal de médecine et de chirurgie. — Journal de thérapeutique. — Revue scientifique de la France et de l'étranger.*

3° *British medical. — Gazette médicale de Mexico. — Nouvelle gazette d'hygiène. — Gazette de santé militaire de Madrid.*

4° *Deux exemplaires de la thèse de M. le Dr Labadie, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, adressée pour le Prix Duval; Cette thèse est intitulée : de la cure radicale de l'hydrocèle.*

5° *Le Compositeur Typographe par le Dr Choquet.*

6° *Une lettre de M. le Dr Dubrueil, de Montpellier, membre titulaire demandant le titre de membre honoraire.*

7° *M. Houzé de l'Aulnoit de Lille, membre correspondant, offre à la société une brochure intitulée : de la Mégéthométrie, méthode nouvelle permettant d'apprécier, à l'aide de tracés, les variations du volume des organes.*

A propos du procès-verbal.

M. Verneuil. Après avoir examiné dans la dernière séance la jeune malade présentée par M. Labbé, j'ai émis l'opinion que la tumeur appartenait à cette variété rare de productions néoplasiques congénitales que j'ai dénommées jadis *néovromes plexiformes*.

Mon diagnostic n'a pas été généralement accepté, et l'on a cru qu'il s'agissait plutôt soit d'un éléphantiasis particulier, soit de la dégénérescence particulière d'une tumeur érectile congénitale.

Je désire, pour justifier mon opinion, mettre sous les yeux de mes collègues les diverses sources où j'ai puisé mes convictions et les textes ou dessins qui paraissent me donner raison.

En 1854, parut un mémoire de Valentine Mott intitulé : *Remarks on a peculiar form of tumor of the skin denominated « pachydermatocele »* dans les *Médico-chirurg.-transactions,* de Londres, t. 37, p. 155. Ce mémoire renferme des planches fort remarquables de ces plis cutanés qui ont légitimé le nom singulier donné à l'affection.

Il y a juste 25 ans, en février 1857, M. Depaul présenta à la Société Anatomique une tumeur congénitale fort curieuse et sur la nature de laquelle on avait émis les opinions les plus diverses. Je fis l'examen macroscopique et microscopique de la tumeur et je constatai qu'elle était constituée par les nerfs sous-cutanés prodigieusement hypertrophiés, enlacés en forme de plexus inextricables et renflés en chapelets [1].

Le 9 novembre 1859, Guersant présenta à la Société de chirurgie une tumeur de la région mastoïdienne droite que M. Depaul trouva ressembler beaucoup à celle qu'il avait étudiée avec moi deux ans auparavant. M. Guersant ayant enlevé la tumeur, j'y reconnus exactement la structure de la première ; il s'agissait donc cette fois encore d'une hypertrophie considérable de nerfs que M. Depaul avait parfaitement diagnostiquée avant l'opération. Le malade guérit [2].

En 1861, je baptisais le genre de tumeur en question du nom de névrome plexiforme [3].

En 1863, Follin consacre un long paragraphe à cette curieuse affection ; il reproduit l'observation que j'avais recueillie avec M. Depaul, et, chose précieuse, reprend la pièce déposée au musée Dupuytren et en fait faire deux dessins très fidèles. Follin note la ressemblance des tumeurs formées par les dilatations plexiformes des nerfs avec les pachydermocèles de Valentine Mott [4].

En 1869, M. Billroth publie une observation de neuro-fibrome plexiforme de la paupière supérieure et de la région de la tempe ; un dessin est joint à la description. La tumeur, au développement près, ressemble à celle de la malade de M. Labbé ; elle a la même consistance et la même indolence. On fit également des hypothèses multiples sur la nature du mal ; l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un névrome plexiforme, ce dont on ne peut douter en voyant le dessin très concluant qui est annexé [5].

En 1870, M. le Dr Christet de Lyon publie un mémoire sur les

[1] *Bull. soc. anat.*, 1857, t. 32, p. 24.

[2] *Bull. soc. de chir.*, 1859, 1er S. t. X, page 219, 278 ; et 1869, 2e sér., t. 1, p. 112.

[3] *Arch. gén. de méd.*, Ve Sér. t. 18, p. 550.

[4] *Traité élémentaire de path. externe*, 1863, t. 11, p. 219.

[5] *Arch. für Klin. Chir.*, 1869, Bd. XI, p. 232.

tumeurs plexiformes ; il fournit une observation nouvelle, c'est un névrome plexiforme de la partie latérale du cou, allant de l'apophyse épineuse de la 3e vertèbre cervicale jusqu'au pavillon de l'oreille. Un beau dessin est joint à l'observation [1].

Vers la même époque, M. Virchow reconnaît les analogies qui existent entre l'éléphantiasis congénitale ou *pachydermatocèle* de Valentine Mott et le névrome plexiforme que Depaul et moi avions décrit [2].

En 1874, M. Czerny décrit un nouveau cas occupant cette fois un tout autre siège, la région dorsale, mais présentant les mêmes caractères macroscopiques et histologiques [3].

Puis les faits se multiplient, publiés par MM. Winiwarter, Cartaz, Duplay, etc.

Aujourd'hui l'histoire des névromes plexiformes présente sans doute des lacunes et des obscurités, mais elle est assez avancée toutefois pour que cette variété de néoplasme puisse être généralement reconnu assez aisément au lit du malade.

M. Desprès. Dans le livre d'Allard, il y a trois dessins représentant l'un un éléphantiasis de la paupière, le second un éléphantiasis de la joue, le troisième un éléphantiasis de la même région avec plis multiples. Ce dernier dessin est emprunté probablement au mémoire d'Hillairet.

Il s'agit dans ces cas d'éléphantiasis mou, lequel se distingue de l'éléphantiasis dur, du pachydermatocèle ; il est à remarquer aussi que les faits d'Allard ont une grande ressemblance avec ceux de Valentine Mott et parmi les malades de ce dernier auteur l'un a eu des poussées d'érysipèle comme dans l'éléphantiasis; de plus la relation de l'examen microscopique de l'un des cas dit qu'il y avait exagération des tissus naturels des éléments de la peau.

Je ne connais aucune autre tumeur qui puisse ressembler à celà ; le névrome plexiforme est une tumeur sous-cutanée, ici nous avons des tumeurs de la peau.

L'avenir prouvera qui a eu raison. Pour moi je persiste à dire que la malade que nous avons vue a un éléphantiasis mou de la face semblable à ceux qu'on observe dans les pays chauds.

[1] *Gaz. hebd.*, avril 1870, 2e Sér., t. 17, p. 244.
[2] *Traité des tumeurs*, trad. franc., t. III, p. 448, 1871.
[3] *Arch. für klin. Chir.*, t. XVII, p. 357, avec planche.

A propos de la correspondance.

M. le secrétaire général donne lecture d'un travail de M. Faucon, membre correspondant.

Note sur le traitement des kystes synoviaux tendineux,

par le Dr A. Faucon, membre correspondant.

La Société de chirurgie s'est occupée dans ces derniers temps du traitement chirurgical des kystes synoviaux tendineux. J'ai l'honneur à cette occasion, de lui adresser une brochure qui a pour titre : *Contribution à l'étude du traitement des kystes synoviaux de la main et du poignet par la méthode antiseptique.* Dans ce travail, où je relate trois opérations pratiquées en 1880, je préconisais, pour les kystes *palmaires*, l'incision et le drainage; pour les kystes *dorsaux*, l'extirpation, en recommandant toutes les précautions de la méthode antiseptique.

Qu'il me soit permis d'ajouter à ces faits l'histoire d'un second kyste dorsal, volumineux, que j'ai traité avec succès par l'extirpation antiseptique. La relation du fait m'a été fournie par M. le Dr Delgrange (de Roubaix) qui m'a prêté son concours dans cette opération, pratiquée sur un de ses clients.

J'ai pu constater, en lisant le compte rendu de la discussion qui a suivi la communication de M. Notta, tout le chemin parcouru depuis 1875, époque à laquelle j'avais saisi la Société de cette intéressante question.

Kyste tendineux synovial du dos de la main. — Extirpation. — Eczéma phéniqué. — Érysipèle tardif. — Guérison.

« F. D..., menuisier-charpentier à Roubaix, est âgé de 34 ans. — Cet homme, d'une bonne constitution, portait depuis 7 ans sur la face dorsale de la main gauche un kyste synovial développé à la suite d'un violent effort. Plusieurs médecins, à diverses reprises, avaient vidé cette tumeur fort gênante, en la ponctionnant soit avec le trocart, soit avec le bistouri. Au moment où nous voyons ce kyste, au commencement d'avril, nous constatons que la tumeur est fluctuante. On y perçoit une crépitation confuse. Le kyste semble indemne de toute communication avec l'articulation du poignet ; son grand axe correspond à celui du membre, il a sept centimètres de long sur quatre de large. La tumeur s'étend de la partie inférieure de l'avant-bras au milieu du dos de la main. Depuis ces derniers jours, elle s'est enflammée et s'est sensiblement développée ; les moindres efforts y excitent de vives douleurs. En cet état de choses, je propose au malade une opération, pour le débarrasser à jamais de cette affection, qui peut par la suite amener l'impotence du membre. Je le conduis donc chez mon confrère et ami,

M. le Dr Faucon. Ce chirurgien, après avoir examiné le kyste, n'hésite pas à en proposer l'extirpation, F. D... acceptant, l'opération est fixée au 7 avril.

Ce jour-là, le malade est chloroformisé; sa nature nerveuse et excitable nous oblige à lui administrer une forte dose de l'agent anesthétique. Aussitôt le sommeil obtenu, la bande d'Esmarch est appliquée et l'opération se fait sans aucune effusion de sang. N'oublions pas de dire qu'aussi bien au cours de l'opération que dans les différents pansements, la méthode de Lister a toujours été suivie dans toute sa rigueur.

Après une incision faite sur toute la longueur da la tumeur, celle-ci est disséquée et isolée. Ouverte, elle donne issue à du liquide jaunâtre assez épais et gluant et à quelques grumaux d'apparence albumineuse. Comme le soupçonnait d'ailleurs M. Faucon, des franges synoviales très développées étaient en train de dégénérer en tissu fongueux. Le kyste est excisé jusqu'aux bords du paquet tendineux mis à nu ; le ligament dorsal du carpe, qui formait comme un pont sous lequel glissait la tumeur est coupé, et les franges à aspect fongoïde sont excisées avec le plus grand soin. La toilette de la plaie étant faite, la bande d'Esmarch est enlevée ; il se produit un écoulement assez abondant de sang veineux, mais l'hémostase se fait assez facilement au moyen de tampons d'ouate phéniquée. Quatre points de suture métallique sont appliqués, et au fond de la plaie M. Faucon laisse un petit séton formé de dix crins de cheval phéniqués.

Le jour même le patient qui a été opéré à Lille retourne à Roubaix, Le 8 avril je renouvelle le pansement toujours dans une atmosphère phéniquée.

La plaie est très belle et permet de compter sur la réunion par première intention. A quelques centimètres en dehors du silk protective, je note pourtant un empâtement œdémateux. Le malade n'a pas de fièvre. — Température normale, pouls 80.

Le 9 avril. Même état général et local, mais l'empâtement signalé la veille s'est développé et atteint le coude. Des vésicules nombreuses se développent et produisent un suintement abondant.

Le 10. Mon malade est très souffrant ; il accuse une sensation de brûlure à la surface de tout le membre supérieur gauche, mais siégeant surtout à la main. Toutes ces parties en effet sont fort gonflées et recouvertes d'énormes vésicules. Je me trouve en présence d'un eczéma aigu ; de tout le bras, coule une grande quantité de sérosité. La plaie et toute la partie recouverte de protective restent les portions les plus saines du membre. Absence complète de réaction fébrile et intégrité des fonctions digestives. Je fais appliquer des cataplasmes de fécule et fais faire des lotions avec de l'eau de sureau.

Le 11. L'éczéma s'est encore développé, il ne s'arrête qu'au sein gauche. Toujours pas de fièvre.

Le 12. Tout l'épiderme de la main est soulevé par les vésicules de l'eczéma et en bien des endroits le derme est à nu.

Le 13. J'enlève les points de suture ; la plaie est complètement fer

mée, les angles seuls par où sortent les drains phéniqués restent ouverts mais ne suppurent pas. L'eczéma rétrocède, à la poitrine et au bras l'empâtement a disparu.

Les 14 et 15. Diminution de l'eczéma.

Le 16. Le malade se trouvant très bien sort en ville. L'hiatus par où sortaient les crins est presque entièrement fermé. J'enlève la moitié du séton, c'est-à-dire cinq crins.

Le malade a un excellent appetit; un peu de gêne causée par les croûtes épidermiques qui se détachent difficilement.

Le 17. Rien de particulier. Le malade est dans d'excellentes conditions.

Le 18. Arrive un accident que nous avions craint au début, mais sur lequel nous ne comptions plus, vu la cicatrisation presque complète obtenue et le bon état de notre malade.

En effet, dès le matin, le pansement avait été renouvelé comme d'habitude et toujours avec les mêmes précautions, pulvérisations phéniquées, etc.

A 10 heures, je suis appelé chez mon malade qui, depuis une heure souffre horriblement.

Le pansement enlevé, la main est évidemment devenue le siège d'un érysipéle. La plaie n'est plus la même : ses lèvres se sont superficiellement désunies et sont recouvertes sinon encore de pus au moins d'une sorte de sérosité roussâtre. La main est distendue et l'érysipèle s'étend depuis le milieu de l'avant-bras jusqu'à la naissance des doigts. Le malade a une fièvre intense. Température : 39°5. Pouls : 120. La langue présente tous les caractères de l'embarras gastrique. Le malade a des nausées, un violent mal de tête, et la nuit suivante, il a du délire.

Je lui fais prendre de l'eau de Sedlitz, et fais appliquer à différentes reprises sur les limites de l'érysipèle de la pommade de Jobert dans les proportions suivantes :

Axonge...........	30 grammes.
Nitrate d'argent.....	5 —

Sur la plaie en suppuration, des cataplasmes de fécule.

Après trois jours, l'érysipèle prend fin, la suppuration diminue, je réapplique le pansement phéniqué que le malade ne pouvait supporter depuis son érysipèle et la cicatrice recommence accompagnée chaque jour d'une légère suppuration.

J'enlève alors les quelques crins restés au fond de la plaie.

Le 10 mai. La plaie est tout à fait fermée et peu à peu F. D... recouvre l'usage complet de sa main, si nécessaire dans sa pénible profession. »

J'ai revu tout récemment (1er octobre) le malade dont il vient d'être donné l'observation ; les tendons extenseurs ont complètement récupéré leurs fonctions, et la cicatrice cutanée, très visible, n'est aucunement adhérente à la peau, ni aux parties profondes. Le malade a repris sans la moindre gêne l'exercice de son état.

Cette observation me paraît intéressante à plus d'un titre.

Pris au dépourvu par la discussion de la Société, je n'ai pas le temps de rechercher si d'autres chirurgiens ont opéré l'extirpation antiseptique des kystes synoviaux tendineux de la face dorsale de la main et du poignet; le fait est possible, bien qu'il n'ait pas été établi lors de la discussion ; mais n'existât-il encore que ce mince contingent, qu'il suffirait à autoriser de nouvelles tentatives. Il est désormais prouvé qu'on peut en pareil cas obtenir la guérison, sans faire courir aux malades de risques bien sérieux.

Cette observation soulève une question qui a son importance : l'érysipèle qui est venu tardivement frapper l'opéré ne serait-il pas une suite éloignée de l'eczéma phéniqué et par suite attribuable au pansement de Lister?

Depuis plus de trois ans que j'emploie journellement le pansement de Lister à l'hôpital et dans ma pratique privée, je n'ai eu que rarement l'occasion d'observer l'eczéma phéniqué. J'ai pris note de ces cas. Ce fut une première fois, à la suite de l'ablation d'une tumeur du cou ; il occupa tout le pourtour du cou et un côté de la face ; une autre fois, il se montra après le débridement d'un phlegmon diffus de l'avant-bras, et s'étendit à tout le membre supérieur et à la moitié correspondante du thorax et de l'abdomen ; dans un troisième cas, il s'agissait de fistules dues à des lésions costales et l'éruption envahit le thorax, l'abdomen et les bourses du même côté que les fistules ; dans un dernier cas, ce fut une jambe, affectée d'ulcères variqueux, qui fut prise. Le cas actuel est le seul dans lequel l'eczéma phéniqué ait été suivi tardivement de l'apparition d'un érysipèle qui fut d'ailleurs bénin, n'entraîna qu'une suppuration superficielle, et ne détermina d'adhérences d'aucune sorte des tendons mis à nu par l'opération.

L'eczéma phéniqué n'empêcha pas non plus la réunion immédiate dans le cas que j'ai signalé d'ablation de tumeur du cou.

Mon expérience personnelle m'autorise donc jusqu'alors à considérer cette complication, assez effrayante au premier abord, comme ne présentant aucune gravité réelle. Il n'en est pas moins vrai que c'est là un léger *desideratum* du pansement listérien ; mais, pour l'opération dont il s'agit ici, l'extirpation des kystes synoviaux tendineux, il y a loin de là aux accidents graves signalés par Dupuytren et bien d'autres chirurgiens après lui.

Que la société veuille bien me permettre une dernière remarque. La *Gazette des hôpitaux* attribue à M. Desprès l'opinion que les kystes synoviaux tendineux, guéris après suppuration, ne sauraient récidiver. Je crois que c'est une erreur. On trouve en pareil cas, ainsi que je l'ai rappelé dans mon premier mémoire, des exemples de récidive dans les thèses de Michon et de Legouest ; pour ma part

j'ai revu avant-hier ma seconde opérée, qui, après une deuxième tentative de traitement par les drains de Chassaignac, suivie de suppuration prolongée, n'est restée guérie que six ou sept mois, et m'est revenue avec une nouvelle récidive.

Il faut noter enfin que les récidives, après l'incision et le drainage ne se présentent pas toujours toutes sous la même forme et qu'un kyste synovial séreux peut plus tard reparaître sous la forme d'une synovite fongueuse.

M. Desprès. Puisque M. Faucon me fait intervenir, je répéterai qu'un kyste synovial ne peut guérir que quand il a beaucoup suppuré. Il en est de même dans les autres tumeurs kystiques; on échoue parce qu'on ne laisse pas les drains assez longtemps.

M. le secrétaire général donne lecture d'un travail de M. Fleury, de Clermont, membre correspondant.

Calcul vésical volumineux. — Taille bilatérale. — Extraction laborieuse. — Persistance d'une fistule périnéale,

par M. Fleury, membre correspondant.

C... est âgé de 17 ans et se livre aux travaux de la campagne. Sa santé avait toujours été bonne jusqu'à l'époque où se sont manifestés les premiers accidents qui l'ont conduit à l'hôpital.

Il y a un an, il ressentit au bas des reins quelques douleurs auxquelles il attacha peu d'importance; mais il remarqua en même temps que ses urines étaient troubles, blanchâtres et parfois sanguinolentes lorsqu'il se livrait a un travail pénible ou qu'il faisait une marche un peu longue; parfois le jet s'arrêtait complètement ou elles ne s'écoulaient que goutte à goutte, et la douleur se faisait sentir à l'extrémité de la verge après la miction; il n'éprouvait pas cependant le besoin de comprimer le gland comme beaucoup de calculeux, et cet organe n'était pas plus volumineux qu'il ne l'est à cet âge. S'il allait en voiture, s'il buvait plus de vin qu'à l'ordinaire, l'hypogastre devenait sensible à la pression.

Les accidents ont augmenté de jour en jour et l'ont forcé depuis trois mois à suspendre son travail en même temps que de la diarrhée s'est manifestée; ses parents se sont alors décidés, d'après le conseil d'un médecin, à le conduire à l'Hôtel-Dieu de Clermont, où il a été reçu le 17 septembre 1881. Cet enfant est pâle, maigre, et ne paraît pas avoir plus de 12 à 15 ans.

Les symptômes ci-dessus énumérés devaient faire croire à la présence d'un calcul : le cathétérisme vint en effet confirmer ce diagnostic. La sonde, après avoir franchi le col de la vessie, rencontre un corps dur qui paraît assez volumineux; il n'y avait qu'une seule chose à faire, en débarrasser le malade.

La taille sous-pubienne bilatérale a été pratiquée le 14 septembre, après chloroformisation préalable.

L'incision extérieure, la découverte du cathéter, la division du col au moyen du lithotome double s'effectuent rapidement, c'est l'extraction du calcul qui a été surtout laborieuse. Comme les premiers symptômes de l'affection ne remontaient qu'à un an, je devais le croire peu volumineux, aussi ne m'étais-je muni que de pinces à polypes recourbées et de petites tenettes; à chaque tentative il était saisi facilement, amené à l'extérieur, mais abandonné dès qu'il arrivait au col. Je pris alors une pince volumineuse dont les cuillères étaient très larges, la pierre fut saisie dans toute l'étendue de ses deux faces et amenée à l'extérieur. Elle a la forme d'un ovale allongé qui présente 18 centimètres dans sa grande circonférence et 14 dans sa petite; son poids est de 115 grammes. Les suites immédiates de l'opération ont été très simples, il ne s'est rien manifesté pendant les huit premiers jours, l'enfant souffrait peu, l'appétit commençait à reparaître; mais le 22 la diarrhée s'est manifestée de nouveau en même temps que la plaie offrait un aspect grisâtre et exhalait une odeur fétide.

Le dévoiement est combattu par des préparations de sous-nitrate de bismuth et de diascordium; on fait des injections trois fois par jour avec de l'eau phéniquée.

Le 24, les selles devenaient plus consistantes, mais le membre pelvien du côté gauche était tuméfié, un peu douloureux, et de l'œdème se manifestait à la jambe et au pied; une phlébite de la veine iliaque externe, ou de la veine crurale, en était la cause. Le 28, en pansant le malade, on remarque qu'il s'échappe par la plaie un petit fragment de substance analogue à du tissu conjonctif grangrené; la pince qui le saisit en amène à l'extérieur un morceau de 2 ou 3 centimètres de longueur.

Le lendemain, un paquet aussi volumineux est retiré, en même temps qu'une quantité de pus très fétide, et mêlé à des gaz, sort par la plaie.

Le 1er octobre il quitte l'hôpital et retourne dans son village.

Il était intéressant de connaître la composition des détritus gangréneux qui s'étaient échappés par la plaie.

Je transcris la note que m'a remise M. Lamotte, l'un de nos internes distingués :

« Le tissu retiré par la plaie est uniquement constitué par des fibres musculaires lisses. Or, comme la muqueuse vésicale n'en présente pas et n'offre qu'une épaisseur d'un quart de millimètre, nous pouvons croire que ce tissu, qui est beaucoup plus épais, provient de la gangrène d'une partie de la couche musculaire. »

La perte de la muqueuse n'est pas grave, car on sait que ces membranes ont la propriété de se reformer rapidement; mais il n'en est pas de même des fibres musculaires qui ne sont pas remplacées; il en résultera nécessairement une incontinence d'urine.

Le volume du calcul, la pression qu'il a dû exercer sur les lèvres de la plaie en ont déterminé la mortification.

J'ai eu des nouvelles de l'enfant à la fin d'octobre: la plaie était dans le même état, la diarrhée persistait; il finira probablement par succomber. Dénoûment préférable à la persistance d'une infirmité aussi pénible que dégoûtante.

De cette observation M. Fleury conclut que la taille sus-pubienne eût été préférable et que le volume du calcul, l'extraction difficile sont une cause d'inflammation et de gangrène inévitable.

M. Cruveilhier. On peut croire que les accidents observés chez le malade de M. Fleury auraient été moins graves si le calcul avait été brisé avant son extraction.

J'ai eu à extraire dernièrement chez un jeune homme de 17 ans, un calcul très volumineux, de 9 centimètres; je l'ai brisé avant de l'extraire, la plaie a été alors moins contusionnée. En agissant autrement, il n'est pas étonnant qu'il y ait du sphacèle et de l'incontinence.

Il faut donc toujours briser le calcul avant de l'extraire, quand il dépasse 3 à 4 centimètres.

Communications.

Statistiques des opérations, plaies et inflammations graves traitées par les anciens pansements.

M. Desprès. Je viens, Messieurs, suivant ma promesse, apporter la statistique intégrale de la chirurgie que j'ai pratiquée à l'hôpital de la Charité en 1881 avec le cataplasme, le diachylum et l'eau alcoolisée. Je l'apporte dans l'espoir que ceux de mes collègues qui sont les admirateurs des nouvelles méthodes de pansement apporteront leur statistique afin que l'on puisse faire la comparaison.

J'ai 42 lits et des brancards en nombre indéterminé dans mon service de la Charité, jadis plus grand, et qu'a occupé, il y a 50 ans, le grand Boyer. J'ai reçu à la consultation la plupart des malades, d'autres m'ont été envoyés du bureau central et des bureaux de bienfaisance. Cela revient à dire que mes malades n'étaient point choisis. J'ai traité, pendant l'année 1881, 409 malades de toutes sortes. Voici les résultats bruts :

23 décès sur 409 malades soit 5,4 $^0/_0$ de mortalité, et pas un cas d'infection purulente.

Voyons d'abord les morts, qui sont toujours un peu négligés dans les statistiques.

4 sont morts le jour de leur entrée à l'hôpital; ce sont 2 fractures du crâne, 1 infiltration urineuse, 1 gangrène sénile, épaves des bureaux de bienfaisance.

1 plaie contuse du crâne, sans fracture, avec delirium tremens, mort 3 jours après l'entrée.

1 kyste de l'ovaire, avec péritonite chronique suppurée, suite d'injection de chlorure de zinc faite dans un autre hôpital.

1 cancer de la verge, mort de pneumonie avant que je puisse entreprendre le traitement.

1 hypertrophie de la prostate, fausse route, cystite, mort par néphrite.

1 abcès périnéphrétique chronique sur le point de s'ouvrir, mort par épuisement existant déjà avant l'ouverture de l'abcès.

1 fistule purulente de l'ischion, suite d'abcès pelviens ouverts spontanément par la grande échancrure sciatique. Péritonite.

1 engelures ulcérées, ramollissement cérébral.

1 plaie pénétrante de poitrine par balle de revolver, blessure du hile du poumon, hémothorax, mort le 3e jour.

1 cancer du cœur.

3 cancers inopérables, 1 cancer du sein en cuirasse, 1 épithéliome de l'utérus, 1 lymphadénome multiple.

2 tuberculeux : 1 tumeur blanche du genou et tubercules pulmonaires, 1 tubercules des os et tubercules du cerveau.

Enfin 5 décès opératoires ou ayant été observés chez des malades opérés, et dans le nombre il n'y a ni septicémie, ni infection purulente.

Voici maintenant la statistique des opérations avec les pansements employés.

Amputations.

Cuisse 2 (pour tumeurs blanches) réunion avec le diachylum, pansement à l'eau alcoolisée .... 2, guéris 2.

Jambe à la partie moyenne (nécrose, et arthrite tibio-tarsienne; malade syphilitique), même pansement............ 1, guéri 1.

Gros orteil avec la partie antérieure du métatarsien (pansement par occlusion avec le diachylum)................ 4, guéris 4.

Gros orteil............................. 1, guéri 1.

Doigt médius.............................. 2, guéris 2.

(Même pansement.)

Résections.

Astragale................................ 1, guéri 1.

(Occlusion avec le diachylum.)

Corps de l'omoplate avec ostéo-sarcome du volume d'une tête d'enfant.................................... 1, guéri 1.

(pansement à l'eau alcoolisée).

Ablations de tumeurs.

Amputation du sein, pas de réunion immédiate, pansement à l'eau alcoolisée, puis pansement simple, pas d'érysipèle.. 4, guéris 4.

Castration (1 tumeur du volume d'une tête d'adulte), pas de réunion, même pansement......................... 2, guéris 2.

Lipome intermusculaire de la nuque du volume d'une pomme, même pansement.............................. 1, guéri 1.

Lympho-sarcome de la gaine des vaisseaux carotidiens du volume d'une mandarine, pansement à l'eau alcoolisée ; érysipèle.. 1, guéri 1.

Loupes du cuir chevelu, 1 ablation avec le bistouri, cataplasmes.. 1, guéri 1.

Loupes du cuir chevelu, 2 ablations avec le caustique, cataplasmes, 1 érysipèle............................ 2, guéris 2.

Kyste sébacé du cou, pansement à l'eau alcoolisée. 1, guéri 1.

Anévrisme cirsoïde du front, ablation avec le bistouri, cataplasme (mort 1 mois après l'opération d'abcès du cerveau).................................. 1, mort 1.

Cancroïde de l'anus, du rectum et du vagin ablation avec le thermo cautère, cataplasme. Angioleucite, péritonite....... 1, mort 1.

Epulis des mâchoires, pas de pansement....... 3, guéris 3.

Kyste dermoïde du plancher de la bouche, pas de pansement... 1, guéri 1.

Cancroïde de la lèvre inférieure, réunion immédiate, eau froide... 2, guéris 2.

Ovariotomie faite dans la salle, péritonite purulente, mort en 3 jours....................................... 1, mort 1.

Excision des deux amygdales.................. 1, guéri 1.

Polype de l'utérus, malade diabétique, ablation avec le galvanocautère....................................... 1, guéri 1.

Opérations diverses.

Trachéotomie avec le bistouri sur des adultes.... 3, guéris 3.

1 guéri définitivement (cas d'œdème de la glotte)

2 soulagés, 1 est mort ultérieurement de cancer du cœur.

(Pansement avec la toile gommée).

Hernie inguinale étranglée, kélotomie avec ouverture du sac, pansement à l'eau alcoolisée.................... 2, guéris 2.

Grandes fistules anales avec orifice interne situé au-dessus du sphincter, opérées avec l'écraseur, cataplasmes. 2, guéris 2.

Fistules à l'anus simples, incision avec le bistouri, cataplasmes.. 2, guéris 2.

Fistule vésico-vaginale sur la même malade, pas de pansement, 1 érysipèle........................ 2, guéris 2.

Hémorroïdes, ablation avec l'écraseur, cataplasmes 3, guéris 3.

Désunion des paupières suturées 1 an auparavant pansement à l'eau froide, 1 érysipèle.............. 1, mort 1.

(La malade guérie de son érysipèle mourut d'embolie pulmonaire).

Rétrécissement congénital du vagin, dilatation, péritonite.. 1, mort 1.

(Malade opérée dans le service d'un de mes collègues.)

Ligatures d'artères.

Plaie du cou, ligature des deux bouts de l'artère linguale dans la plaie, pansement à l'eau alcoolisée.. 1, guéri 1.

Plaie du cou, du pli du coude, plaies des veines, plaie du poignet, ligature des deux bouts des artères radiale et cubitale.............................. 1, guéri 1.

(Trois pansements différents sur le même malade : au coude pour les plaies des veines, flexion de l'avant-bras; au cou, pansement alcoolisé; au poignet, pansement aux bandelettes de diachylum.)

Ligature des deux bouts de la radiale dans une plaie du poignet, pansement au diachylum........................ 1, guéri 1.

Plaie de la radiale à la partie moyenne de l'avant-bras. Anévrisme diffus, ligature des deux bouts de l'artère par la méthode ancienne, bandelettes de diachylum et eau froide, 1 érisypèle 1, guéri 1.

Au total 5 décès opératoires sur 53 opérations, et 5 érysipèles, non mortels, car la malade morte d'embolie pulmonaire ne peut être considérée comme morte d'érysipèle.

Blessures graves. — Les pansements ne sont pas moins importants pour les blessures graves que pour les opérations. J'ai donc recueilli ma statistique à cet égard.

Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver, balle restée. Occlusion avec une grande bande de diachylum 1, guéri 1.

Morsure de cheval, section du deltoïde, du grand pectoral thrombose étendue, sphacèle de la peau. Cataplasmes, suppuration, érysipèle.. 1, guéri 1.

Écrasement du pied, sphacèle de la peau, fracture du cuboïde, ouverture de l'articulation médio-tarsienne, malade syphilitique

ayant des syphilides tuberculeuses. Attelle platrée immédiate, eau-alcoolisée, pied conservé .... 1, guéri 1.

Fracture par cause directe des deux os de la jambe, issue des fragments, occlusion avec le diachylum, attelle plâtrée immédiate .... 1, guéri 1.

Plaie de la région sourcillière par un foret de marchand de vin, œil traversé, compresses d'eau froide............ 1, guéri 1.

(Œil conservé intact, vision perdue.)

6 coups de couteau sur le crâne, dont un avait traversé le pariétal, mais sans toucher le cerveau, cataplasme .... 1, guéri 1.

Plaie du menton par balle de revolver, perforation du maxillaire, balle restée, nécrose. Cataplasmes, drainage, extraction de la balle et de 2 séquestres........................ 1, guéri 1.

2 écrasements des doigts, occlusion avec le dyachilum 2, guéris 2.

Inflammations graves. — Les panaris, les petits abcès, les érysipèles de la face ne sont pas ici comptés, on ne meurt pas de ces inflammations à moins d'un défaut complet de soins.

Toutes les inflammations ont été traitées avec les cataplasmes de farine de graine de lin.

J'ai traité 7 abcès phlegmoneux du sein, que j'ai traités par incision et drainage et pansé avec les cataplasmes. Les 7 ont guéri, une malade a eu un érysipèle.

Adénites mammaires doubles, incision et drainage. 3, guéris 3.

Adénites axillaires, incision et drainage .... 3, guéris 3.

(Un malade opéré à la consultation, gagna chez lui un érysipèle et est entré pour ce fait à l'hôpital.)

Vastes abcès à la marge de l'anus............. 2, guéris 2.

Adénites sous-maxillaires .... 3, guéris 3.

Périostite de la branche montante du maxillaire, 1, érysipèle, 1, guéri 1.

Adénites inguinales........................ 3, guéris 3.

Abcés de la prostate ouvert avec l'ongle par le rectum. 1, guéri 1.

(2 lavements par jour, pas d'autre pansement.)

Phlegmon angioleucitique (ancien phlegmon diffus du bras), pas d'incisions prématurées, ouverture des abcès au fur et à mesure qu'ils se formaient .... 1, guéri 1.

Je ne serais pas complet si je ne mentionnais les petites opérations pratiquées à la consultation ; les voici :

19 arrachements de l'ongle pour ongle incarné, dont deux à la main.

19 fois sans accidents, chose naturelle, car cette opération n'offre aucun danger : je ne parle pas des réductions de luxations, car je ne me sers jamais de chloroforme, ni de machines.

Ablations d'amygdales .... 2, guéris 2.
Kystes sébacés de la face, 1 pourtant eut un érysipèle. 2, guéris 2.
Kyste dentaire du volume d'une pomme, drainage. 1, guéri 1.
Grenouillettes traitées par le drainage.......... 2, guéris 2.

J'ai fait à la consultation 2 opérations plus importantes.

Bec-de-lièvre unilatéral compliqué. Suture réussie. 1, guéri 1.

Imperforation anale opérée déjà par ponction et par incision; recherche de l'ampoule après résection du coccyx, il n'y avait pas d'ampoule. Les parents refusèrent de laisser tenter l'établissement d'un anus artificiel. Cet enfant est mort sans doute le lendemain de l'opération exploratrice.

Parmi les plaies graves je citerai 6 écrasements de 2 et 3 doigts traités par le pansement par occlusion avec les bandelettes de diachylum.

Voilà Messieurs, ma statistique intégrale, les résultats sont bons et j'espère en obtenir encore de meilleurs. Quand j'aurai bien complété mon outillage, j'arriverai peut-être à faire mieux. Quoi qu'il en soit, j'attends la statistique *intégrale* de mes anciens adversaires dans la discussion sur les pansements antiseptiques. Voilà ce que j'ai fait avec le cataplasme, le diachylum et l'eau alcoolisée; qu'ils viennent dire ce qu'ils ont fait avec d'autres pansements?

Je défends une chirurgie qui a fait ses preuves dans le temps passé et je lutte pour montrer que ce qui donne le succès dans le traitement des maladies chirurgicales, c'est l'indication thérapeutique bien remplie, l'opportunité de l'opération, les soins consécutifs et la préparation du malade, et non des produits chimiques que l'on exalte outre mesure.

M. Polaillon. Il y a une lacune dans la communication de M. Desprès; il ne nous dit pas en combien de temps il guérit ses malades. Les meilleurs pansements sont ceux qui amènent la guérison dans le moins de temps.

M. Desprès. Il faut distinguer; certains panaris, par exemple, guériront en 12 jours, d'autres en deux mois, cela dépend du moment où nous sommes appelé.

Il est impossible de comparer les faits entre eux. Je ne me préoccupe pas d'ailleurs de la durée du traitement, surtout dans les abcès du sein. Pour éviter la récidive, je laisse suppurer pendant longtemps; souvent les abcès du sein sont multiples, un second se montre après la disparition d'un premier qui avait fait croire à une guérison définitive; en un mot, la durée de la réparation est peu de chose.

Mais, je n'agis pas de même dans les opérations, dans les am-

putations par exemple, je cherche la réunion par première intention, sauf cependant pour les amputations du sein.

M. Polaillon. L'exemple du panaris choisi par M. Desprès ne peut servir, mais prenons les abcès du sein et voyons quelle est la durée du traitement depuis le moment de l'incision jusqu'à la guérison. Avec le pansement antiseptique, les lavages et les compresses phéniquées, la durée du traitement est en moyenne de 12 à 13 jours, quelquefois de 6 jours, d'autres fois de 20 jours.

Quand les abcès du sein sont traités par les cataplasmes, la durée est plus longue.

M. Sée. Je demanderai à M. Desprès de nous donner quelques renseignements sur l'ovariotomie qu'il a pratiquée dans sa salle.

M. Desprès. Je répondrai d'abord à M. Polaillon. Il ne faut pas confondre les abcès du sein avec les adénites du sein; dans ces dernières, on voit 2, 3, 4 abcès successifs se montrer, on ne peut alors obtenir la guérison en vingt jours.

Parmi mes observations, dans un cas, la durée du traitement a été de 35 jours, mais la malade a eu un érysipèle ; dans un autre, elle a été de 60 jours, dans un troisième de deux mois et demi, mais les deux seins ont été malades. J'évite de faire refermer les abcès du sein trop tôt, dans la crainte d'une récidive.

Quand à mon opération d'ovariotomie, je dirai qu'il s'agissait d'une femme cataleptique qui était restée pendant longtemps à l'hôpital Cochin; elle avait dans le ventre une tumeur peu volumineuse, mobile, dont le diagnostic n'était pas bien arrêté ; on avait émis diverses opinions et on avait pensé à un corps fibreux, à une hydronéphrose, à un cancer, à un rein mobile, enfin à un kyste.

Je ne voulais pas opérer cette malade, mais j'ai fini par céder à ses instances et par l'opérer dans la salle, la malade ayant refusé d'aller à la Salpêtrière; M. Gosselin a bien voulu m'assister pendant l'opération.

Je fis une incision de 8 centimètres ; ce temps de l'opération fut difficile, les parois abdominales n'étant pas soutenues comme dans le cas de tumeur volumineuse.

Le kyste qui, ainsi que l'autopsie l'a démontré, était développé dans l'organe de Rosenmuller, fut ponctionné et amené au dehors ; le pédicule était long ; j'y appliquai trois ligatures au catgut.

Pendant l'opération, l'intestin est resté sous mes yeux pendant près d'une demi-heure et j'ai vu la péritonite se développer, l'intestin devenir rouge et granuleux. Aussi ai-je appliqué immédiate-

ment un vésicatoire dans chaque fosse iliaque. La malade est morte le troisième jour de péritonite purulente.

M. Terrier. Je demanderai à M. Desprès comment il a posé ses trois ligatures sur le pédicule.

M. Desprès. Je me suis servi d'une aiguille courbe, enfilée d'un fil double, puis dans une des premières piqûres j'ai réintroduit l'aiguille armée d'un fil simple.

M. Terrier. Si M. Desprès avait fait une ponction exploratrice, peut-être aurait-il pu préciser le diagnostic et même guérir sa malade.

M. Desprès. Mon diagnostic était, il est vrai, incertain, mais je craignais une hydronéphrose, et dans ce cas, une ponction eût pu amener une péritonite.

J'ajouterai que mon outillage était insuffisant, et que les conditions hygiéniques dans lesquelles j'étais placé n'étaient pas favorables.

M. Tillaux. Je suis surpris d'entendre M. Desprès nous dire qu'il a vu l'intestin pendant une demi-heure, et qu'il l'a vu devenir rouge, et ceci, dans une opération faite pour un kyste non adhérent et avec une incision de 8 centimètres. Dans les cas de ce genre, on ne doit pas voir l'intestin ; il n'en est pas de même si le kyste présente des adhérences.

M. Desprès. Ceux de mes collègues qui ont fait des ovariotomies sur des malades ayant un petit ventre ont dû voir l'intestin ; chez mon opérée, je l'ai vu après que le kyste eut été vidé, et au moment de la ligature du pédicule.

L'opération fut facile, il n'y eut qu'un seul temps qui présenta des difficultés, celui de l'incision des parois abdominales.

M. Terrier. Au sujet de ce qu'a dit M. Tillaux, j'ajouterai qu'il est plus facile de maintenir l'intestin quand les parois abdominales ont été distendues et qu'il n'en est pas de même quand le ventre est peu volumineux et que les parois ont plus de tonicité. Dans tous les cas, pour éviter de voir l'intestin, il faut soulever les parois et placer dans la cavité abdominale une très large éponge plate qui recouvre l'intestin.

J'ai constaté aussi des modifications de couleur de l'intestin, pendant l'opération et même pendant des opérations d'assez courte durée. Dans une opération qui avait duré 35 minutes, l'intestin est devenu très rouge, la malade est morte de péritonite suppurée.

Mais la modification de couleur de l'intestin n'est pas une raison pour qu'une péritonite survienne chaque fois, ainsi que j'ai pu le constater.

Lecture.

M. Schwartz lit un travail intitulé : *Hernie inguinale vaginale testiculaire étranglée; fausse réduction. Kélotomie. Guérison.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Tillaux, Périer et Farabeuf, rapporteur.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le secrétaire,

NICAISE.

Séance du 22 février 1882.

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris;

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Annales de gynécologie. — Lyon médical. — Bulletin de thérapeutique. — Revue d'ophtalmologie. — Journal de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne. — Revue médicale. — Le Praticien.*

3° *British medical. — La Gazette de santé militaire de Madrid. — Bulletin de l'Académie royale de Belgique.*

4° *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, pour l'année 1881.

5° Une lettre de remerciements M. de Zancarol, d'Alexandrie, nommé membre correspondant étranger.

6° M. Berger offre à la Société un mémoire de M. le professeur

Mosetig-Moorhof sur l'emploi de l'iodoforme. — (Des remerciements sont adressés à M. Mosetig-Moorhof.)

7° M. Perrin offre de la part de M. Spillmann, membre correspondant, l'article Genou du *Dictionnaire encyclopédique.*

8° Une lettre de M. Poulet, professeur agrégé, adressant à la Société le résultat d'une opération faite sur un malade atteint d'exostose de l'humérus, sur lequel M. Poulet avait consulté la Société, qui avait conseillé l'ablation.

Cette lettre est ainsi conçue :

L'opération a été faite, le 18 février 1881, à l'hôpital civil et militaire de Besançon dans le service de M. Morand, médecin en chef. Après anesthésie, une incision verticale de 7 centimètres sur le bord interne du bras et n'intéressant que les couches superficielles, mit à découvert la pointe de l'exostose, qui traversait le muscle brachial antérieur. Il fut alors facile de reconnaître que le paquet vasculo-nerveux se trouvait à la face interne de l'exostose, qui avait la forme d'un vomer ou d'une épine d'acacia, implantée suivant le grand axe de l'os. La dénudation de la face externe à l'aide d'une rugine ne présenta aucune difficulté ; en dedans, le nerf médian, qui était adhérent à l'exostose par du tissu fibreux, fut dégagé avec soin. En achevant de libérer l'artère humérale également adhérente, la lame de l'exostose se brisa et déchira l'artère humérale au point où elle fournit la collatérale interne. Il y eut de suite une hémorragie provenant d'une humérale très grêle et que deux ligatures firent cesser. A l'aide de la gouge et du maillet, j'emportai toute la base de l'exostose jusqu'au niveau de l'humérus. Le nerf médian avait conservé son aspect normal ; il était un peu renflé au niveau de l'exostose et je crus bon de pratiquer l'élongation,

Les suites de l'opération, faite autant que possible par la méthode antiseptique, furent simples ; la suppuration s'établit normalement, et il n'y eut aucun phénomène dans la cicatrisation un peu retardée par un érysipèle contracté dans les salles, et qui causa quelques inquiétudes.

Néanmoins la guérison de la plaie était complète au bout d'un mois.

Les troubles fonctionnels ne s'amendèrent pas pendant tout ce temps ; les mouvements de la main, qui n'étaient pas complètement abolis, persistaient seuls sans changements. Il était rationnel de penser que les phénomènes de la régénération ne pouvaient produire leurs effets que plus tard, et pour entretenir la contractilité musculaire, nous avons fait électriser les divers groupes des muscles intéressés pendant deux mois, en même temps que nous

prescrivions une gymnastique progressive avec des bâtons, des boules de diverses grosseurs.

Les progrès se sont sensiblement accentués à ce point qu'il ne reste plus trace aujourd'hui de l'atrophie, de la parésie ancienne et que tous les mouvements sont devenus faciles. Ce jeune enfant de troupe peut continuer à rester dans l'armée, suit les cours du lycée et peut se livrer aux travaux manuels sans différence avec ses camarades.

De plus longs commentaires seraient superflus pour démontrer l'utilité de l'intervention en pareil cas, alors que la dégénération nerveuse n'est pas complète.

Il semble surprenant, au premier abord, que les lésions fonctionnelles aient dépassé la zone d'innervation du médian, seul nerf intéressé par l'exostose, et se soient étendus au nerf cubital lui-même. Ce fait avait frappé M. Marc Sée, comme nous, et il n'était pas inadmissible que l'exostose pût intéresser au tiers inférieur du bras le médian et le cubital qui, chez un enfant surtout, ne sont pas éloignés. Il n'en était rien en réalité et il faut chercher ailleurs la raison d'être de ce phénomène. Deux explications s'offrent à nous : d'abord la propagation de la dégénération périphérique par les anastomoses aux filets du cubital, pure hypothèse ; en second lieu, la névrite ascendante propagée dans le plexus brachial à l'un des nerfs de ce plexus. Cette manière de voir plus plausible a été démontrée par de nombreux faits ; Duchenne, de Boulogne, avait déjà relaté des cas semblables, et les auteurs qui depuis quinze ans ont écrit sur la névrite ont cité nombre d'observations dans lesquelles une lésion localisée d'un nerf avait amené consécutivement une paralysie d'un des nerfs du même plexus. Or, dans notre fait, le médian naît par deux branches, dont l'interne vient d'un tronc qui lui est commun avec le cubital et le brachial cutané interne.

M. Verneuil vous a présenté en notre nom une pièce pathologique représentant la même exostose de l'humérus qui, à travers le brachial antérieur, avait soulevé le paquet vasculo-nerveux. Depuis un an, le hasard m'a encore permis de retrouver sur un soldat la même exostose, mais qui cette fois n'avait déterminé aucun trouble fonctionnel. Il y aurait donc à l'extrémité inférieure et interne de l'humérus, au point où naît la collatérale interne, un lieu d'élection pour une exostose de croissance.

Enfin, Messieurs, je vous demande la permission de relater en quelques mots un fait que j'ai observé à la même époque que le précédent, et pour lequel j'ai eu un instant l'idée de pratiquer l'élongation du nerf radial.

Une dame, en attendant son mari, s'était assise sur un fauteuil

très bas: elle s'endormit la tête appuyée sur sa main, son bras portant par sa face postérieure sur les bords anguleux des bras du fauteuil. Elle resta deux heures dans cette position et fut fort étonnée à son réveil de ne plus pouvoir se servir de sa main droite, complètement morte.

Elle ne souffrait pas, et malgré les frictions, les pommades, les manœuvres de toutes sortes, elle ne pouvait relever sa main. Cet état persista et aucune amélioration ne s'était produite au huitième jour, au moment où je fus appelé à voir cette malade. Je n'eus pas de peine à constater une paralysie des extenseurs et à la rattacher à une compression prolongée du nerf radial, mais je fus assez embarrassé pour y remédier. J'eus recours aux courants électriques induits, qui au bout de quelques jours n'avaient amené aucune amélioration. C'est alors que je me suis demandé si une intervention active, telle que le dégagement du radial dans la gouttière de torsion, puis l'élongation ne pourraient pas amener un peu d'excitabilité dans ce nerf. Néanmoins je voulus encore continuer l'électricité avant de rien entreprendre et bien m'en prit, car quinze jours après l'accident primitif, les mouvements des extenseurs reparaissaient insensiblement et au bout d'un mois cette dame, horlogère, put reprendre son métier.

Si la paralysie avait été plus rebelle, je pense qu'on aurait pu avantageusement intervenir.

A propos du procès-verbal.

M. Monod. La Société ne doit pas laisser sans réponse la communication de M. Desprès sur les résultats qu'il a obtenus par l'emploi des anciens pansements. M. Desprès ne nous a fait connaître, du reste, qu'une année de sa statistique.

Cependant, les nouvelles méthodes de pansement ont fait faire à la chirurgie des progrès considérables, ce qui le démontre, c'est le consensus de la plupart des chirurgiens d'Allemagne, d'Angleterre, d'Amérique. Nous sommes loin des statistiques relevées par Malgaigne et M. Trélat, dans lesquelles les opérations donnaient une mortalité de près de 50 %; j'ai été interne chez M. Broca, la mortalité y était très grande; mon père me rappelait que, lorsqu'il était interne de Dupuytren, il a vu une série de 11 amputations suivies de 11 décès.

Les nouvelles statistiques donnent des résultats absolument différents et qui démontrent bien l'importance des nouveaux pansements.

Je n'ai pas encore de statistique personnelle à apporter. Mais il en a déjà été publié qui peuvent permettre d'établir la comparaison entre les résultats donnés par les anciens et les nouveaux pansements.

Je prendrai celles de Max Schede, publiées dans l'article amputations du *Traité de Pitha et Billroth* [1].

Max Schede réunit d'un côté les statistiques de Busch, Socin, Volkmann et la sienne, dans lesquelles on a employé la méthode antiseptique et d'un autre côté les statistiques de Bardeleben, Billroth, Bruns, dans lesquelles les malades ont été traités avec les anciens pansements.

Dans ces statistiques, sont rangés en deux catégories distinctes, les cas *simples* et les cas *compliqués;* ces derniers comprennent les amputations doubles, les lésions multiples, les amputations faites après le développement de la pyémie, de la septicémie, du tétanos ou dans des états constitutionnels graves.

STATISTIQUES

Busch, Schede, Socin, Volkmann, (Avec Lister.) | Bardeleben, Billroth, Bruns[2]. (Sans Lister.)

CAS SIMPLES.

		Guéris.	Morts.		Guéris.	Morts.	
Épaule.....	9	8	1	15	7	8	
Bras.......	32	32	0	41	35	6	
Avant-bras.	47	47	0	42	39	3	
Main.......	4	4	0	10	10	0	
Hanche....	6	2	4	3	1	2	
Cuisse.....	86	80	6	105	62	43	
Genou......	3	3	0	7	6	1	
Jambe.....	69	68	1	115	78	37	
Pied.......	65	63	2	39	29	10	
	321	307	14-4,4 %	377	267	110	29,18 %

CAS COMPLIQUÉS.

	Guéris.	Morts.		Guéris.	Morts.
96	36	57	84	16	68
417	343	71-17,02%	461	283	178 38,6 %

[1] Handbuch der allgemeinen und speciellen chir. von Pitha und Billroth, 2e v., 2e p., 3e liv., p. 234, Erlangen, 1880.

[2] Busch (de Bonn). Uebersicht über die vom 1e October 1873 *bis* 1e October

D'après ces statistiques, on voit que la mortalité des cas simples, traités par les méthodes antiseptiques, a été de 4,4 % tandis que les mêmes cas traités par les anciens pansements ont donné une mortalité de 29,18 %.

Si nous réunissons maintenant les cas compliqués aux cas simples, nous voyons que la mortalité des malades traités par les méthodes antiseptiques est de 17,02 % et 38,6 % pour ceux qui ont été traités par les anciens pansements.

Il est utile de rapprocher ces chiffres de ceux des statistiques antérieures à l'emploi des méthodes antiseptiques.

La statistigne de

	Décès
Malgaigne sur 601 cas donne.......... (Doigts et orteils mis à part.)	51 %
Trélat...... 1114 cas	45,6 %
Paul......... 1192	35,08 %
Simpson (1869)........................	33,3 %
Max Schede [1] 14405	28,07 %
Max Schede, sans Lister, 461..........	38,6 %
Max Schede, avec Lister, 417..........	17,02 %

1876, in der chirurgischen Klinik zu Bonn ausgeführten grösseren Operation. par Hartmann. Bonn, 1878.

SOCIN. *Jahresberichte der chirurgischen Abtheilung des Spitals zu Basel*, 1873-1877.

VOLKMANN. Beiträge zur Chirurgie etc. Leipzig, 1875.

DU MÊME. Vorläufiger Bericht über die in den letzten 3 Jahren in der chirurgischen Klinik zu Halle stationär oder poliklinisch mit Hilfe der antiseptischen Methode behandelten schweren Operationen und schweren Verletzungen.

Verhandlungen d. deutschen Gesellsch. f. Chir. VI Congress. Berlin, 1877, p. 54.

BRUNS (de Tubingen). Statistik sämmtlicher in der chirurg. Klinik zu Tübingen von 1843 *bis* 1863 vorgenommenen Amputationen und Resectionen, par Hermann Schmidt. Stuttgard, 1863.

BARDELEBEN (de Greifswald). Ueber die in den Jahren 1852 *bis* 1868 auf der chirurgischen Klinik zu Greifswald ausgeführten Amputationen und Exarticulationen, par G. Wewer. Greifswald, 1868.

TH. BILLROTH. Chirurgische Erfahrungen. *Langenbeck's Archiv*, t. X, 1868.

[1] MALGAIGNE. Études statistiques sur les résultats des grandes opérations dans les hôpitaux de Paris. *Arch. génér. de médecine*, 3e série, t. XIII, p. 389, t. XIV, p. 50.

TRÉLAT. Étude sur les résultats statistiques des opérations pratiquées dans les hôpitaux de Paris. *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XXVII, p. 127 (*séance du* 22 *mars* 1862).

SIMPSON. Our existing system of hospitalism and its effects. *Edinburg medical journal*, march, june, december 1869.

PAUL. Die conservative Chirurgie der Glieder, 2e édit. Breslau, 1859.

MAX SCHEDE, Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie von Pitha und Billroth, 2e vol., 2e part., 3e livraison, p. 204.

Au sujet de la première des statistiques de Max Schede qui comprend tous les cas de grandes amputations faites pendant ces vingt dernières années, au nombre de 14,405 (sans distinction du pansement employé), nous ferons remarquer que pour la première fois, la mortalité tombe au-dessous de 30 %. Ce chiffre avait jusqu'alors toujours été dépassé dans les grands relevés analogues dressés par Malgaigne, Trélat, Paul et Simpson.

Ne peut-on admettre que c'est à l'introduction des pansements antiseptiques dans la pratique chirurgicale qu'est dû ce remarquable progrès.

Si l'on examine, d'autre part, les dernières statistiques, déjà citées plus haut, du même auteur, dans lesquelles sont mis en parallèle les résultats obtenus, suivant que les pansements antiseptiques ont été ou non employés, et si l'on recherche quelle a été dans l'un ou l'autre cas les causes de mort des opérés, on est bien forcé de reconnaître que la pyémie et la septicémie sont presque supprimées par l'emploi de la méthode nouvelle :

CAUSES DE MORT.

	Avec Lister.		Sans Lister.	
Pyémie	1	2	78	97
Septicémie	1		19	
Érysipèle	1	12	2	13
Tétanos	1		0	
Hémorragie	1		3	
Débilité sénile	1		2	
Collapsus le jour de l'opération	8		6	
	14		110	

Remarquons enfin que, si de la liste qui précède, on élimine de part et d'autre les cas, de mort par pyémie et septicémie on arrive à une proportion de mortalité presque égale.

Avec Lister	Sans Lister.
321 cas... 12 morts 3,7 %	377 cas 13 morts 3, 4 %

Je ne veux pas trop insister sur les résultats donnés par ces statistiques, parce l'on peut faire dire aux chiffres ce que l'on veut. Il faut faire entrer aussi en ligne de compte les progrès réalisés dans l'hygiène hospitalière ; mais il n'en reste pas moins démontré que, par les méthodes antiseptiques, la mortalité des blessés et des opérés a été considérablement diminuée.

Si M. Desprès obtient les résultats que nous savons, malgré le

cataplasme et le cérat, c'est qu'il fait de l'antisepsie sans le savoir; il touche à ses malades le moins possible, il les panse toujours lui-même, avec grand soin et, quoiqu'il en dise, avec une extrême propreté.

M. Th. Anger. Dans sa communication, M. Desprès a fait allusion à une femme de 71 ans, qui serait morte de péritonite dans son service, à la suite d'injections intra-kystiques de chlorure de zinc, faites par moi dans son kyste de l'ovaire.

Cette femme est entrée dans mon service le 17 janvier 1881, et en est sortie le 2 février. Elle avait un kyste probablement uniloculaire de l'ovaire pour lequel M. Desprès avait déjà fait deux ponctions. Cette femme éprouvait des douleurs abdominales et de la dyspnée; je fis à droite une ponction par laquelle je retirai douze litres de liquide brunâtre, puis je fis le lavage du kyste au moyen d'une solution étendue de chlorure de zinc, que j'introduisais dans un entonnoir; en abaissant celui-ci, le liquide ressortait. Je fis ainsi plusieurs lavages successifs en augmentant la proportion de chlorure de zinc et en terminant par une solution au quinzième. Après la ponction, il restait à gauche une tumeur du volume du poing.

Dans la journée qui suivit le lavage, la malade éprouva quelques douleurs abdominales, pour lesquelles on lui mit sur le ventre des compresses alcoolisées; la température était à 38°; le lendemain à 39°; le surlendemain à 37°.

La malade a demandé à sortir le 2 février; elle n'était pas alors dans de mauvaises conditions.

Le ventre avait repris un peu de volume, mais sans augmenter beaucoup, puisque M. Desprès a constaté que la tumeur avait à peu près les dimensions d'une tête d'adulte.

Je demanderai à M. Desprès de nous dire si le pus siégeait dans la cavité abdominale ou dans le kyste; il y a là un point intéressant à connaître pour complèter l'observation et pour juger de la valeur du traitement suivi.

M. Desprès. Je répondrai à M. Anger que j'ai cité incidemment l'observation de sa malade, et qu'il n'y avait pas de ma part l'ombre d'une critique du traitement suivi.

Cette femme a été apportée dans mon service, le 22 février, ayant une péritonite, des vomissements et une température de 39°5; elle succomba le 5 mars.

A l'autopsie, je trouvai un kyste dont les parois étaient rompues, il y avait dans le flanc droit une poche purulente et d'autres petits abcès dans le bassin et autour de l'utérus; il n'y avait pas de pus

dans le kyste ; en résumé, il s'agissait d'une péritonite chronique à forme purulente.

A M. Monod, je dirai que j'ai donné ma statistique de la Charité, que j'avais déjà publié celle de Cochin, et que, dans une communication spéciale, j'ai réuni toutes les observations de hernie étranglée. Je continuerai à publier tous les ans ma statistique.

A la Charité, j'ai obtenu des résultats aussi bons qu'à Cochin ; cependant le premier hôpital est réputé être moins salubre que le second.

Je cherche à ne pas toucher aux plaies, car j'ai encore sous les yeux la pratique de Broca, en 1864, qui lavait toutes les plaies avec de l'eau et une éponge, le résultat était déplorable.

Pour moi, je laisse sur la plaie tout le pus que la nature y a mis et j'accepte cet aphorisme que le pus est le topique naturel des plaies, c'est l'agent du pansement ; je me contente de recouvrir la plaie d'un linge fenêtré cératé, puis de charpie.

Ce pansement était celui que suivait Nélaton ; aussi, la statistique de sa clinique, en 1860, donne-t-elle de bons résultats; sur cinq amputations faites dans une année, dont quatre amputations de la cuisse et une désarticulation sous-astragalienne, il n'y eut pas de décès; jamais pareil résultat n'a été obtenu par d'autres méthodes.

La question que nous discutons sera jugée par la statistique ; et si je combats les nouvelles méthodes, ce n'est pas par amour de la contradiction, c'est pour rechercher la vérité et parce que je crois que les pansements de l'ancienne chirurgie française sont suffisants pour assurer la guérison de nos opérés.

M. Anger. Je remercie M. Desprès des renseignements qu'il m'a donnés sur ma malade.

J'ajouterai quelques mots sur ma statistique de l'hôpital Cochin, où j'emploie la méthode antiseptique ; en 1881, sur 1,073 malades, j'ai eu 28 morts; je remarque qu'à la Charité, M. Desprès a eu 24 décès sur 406 malades.

J'ai observé une petite épidémie de tétanos, quatre malades ont succombé successivement dans le court espace d'un mois environ.

Le premier avait une plaie contuse de l'index, c'était un individu vigoureux, n'ayant aucune maladie constitutionnelle ; il eut un refroidissement et succomba au tétanos.

Le second avait un écrasement sans gravité du pied gauche.

Le troisième était un homme de 40 ans, ayant une écorchure simple.

Le quatrième était un enfant de 12 ans.

Lorsque j'étais prosecteur à Clamart, j'observai quelque chose d'analogue sur des animaux; deux chevaux moururent du tétanos;

dans la même écurie étaient une chienne et ses petits ; la chienne mourut du tétanos, ainsi que quatre petits chiens ; deux autres étaient atteints, je les présentai à la Société anatomique et leur fit une injection de chloral dans le sang ; la résolution fut immédiate ; mais ces petits animaux furent reportés à Clamart et repris de tétanos, dont ils moururent.

Chez mes malades, j'ai fait des injections d'ésérine et j'obtenais ainsi une résolution immédiate, pendant laquelle on pouvait les alimenter.

Je demanderai à mes collègues s'ils ont observé des faits semblables à ceux que je viens de signaler.

M. Monod. Je ferai remarquer à M. Desprès qu'il a laissé de côté les chiffres que j'ai cités tout à l'heure ; ils ont cependant leur importance et nous devons en tenir compte. Les résultats qu'ils donnent sont meilleurs, parce que les pansements employés étaient meilleurs.

M. Desprès. La statistique de M. Anger est bonne, mais il faudrait en connaître le détail ; les décès sont-ils tous la suite des opérations, ou sont-ils en partie la suite du cancer, du tubercule. J'ai donné tous mes cas, en commençant par les morts inévitables, dont 5 fractures du crâne par exemple, qui ont succombé le jour de l'entrée.

Mais ces chiffres ne peuvent pas entrer dans une statistique destinée à apprécier les résultats des pansements.

Je dirai à M. Monod que je tiens bien compte de la statistique des chirurgiens qu'il a cités ; mais il me paraît établi que les anciennes méthodes de pansement donnaient les mêmes résultats que le pansement antiseptique. Si les dernières statistiques sont meilleures, cela tient aux progrès de l'hygiène et aux soins que les chirurgiens prennent de leurs opérés.

M. Sée. J'ai remarqué aussi la fréquence plus grande du tétanos à Cochin qu'ailleurs ; j'y ai perdu de cette affection une femme à laquelle je me disposais à faire l'ablation d'un squirrhe du sein.

M. Verneuil. Je ne sais si nos anciens maîtres nous avaient légué des doctrines assez efficaces pour nous permettre de guérir nos malades; mais ce qui est certain, c'est qu'alors une maladie terrible, la pyémie, régnait dans nos salles, et qu'aujourd'hui elle a disparu des services où l'on pratique la méthode antiseptique.

Sur une série de 28 amputations, je n'ai pas eu un seul cas de mort par pyémie.

Nos maîtres ne nous avaient appris ni à la prévenir, ni à la guérir.

M. Terrier. Je suivrai M. Anger dans l'incursion qu'il a faite dans la médecine vétérinaire. On observe fréquemment chez les chevaux des épidémies de tétanos à la suite des opérations; mais ceci doit être attribué à la pratique des vétérinaires. Ceux-ci ont eu des séries d'insuccès à la suite de la castration, et pendant une visite que je faisais dans un haras, j'ai pu me rendre compte de la cause de ces insuccès. Les chevaux, après avoir été opérés, étaient promenés à l'air de 7 heures à 10 heures par un temps froid, et il en est ainsi dans tous les haras. Il n'est pas étonnant que dans ces conditions le tétanos survienne.

A Cochin, peut-être est-ce la même cause qui a agi, peut-être les malades ont-ils été soumis au froid.

Quant aux faits de Clamart, ils se rapportent au tétanos spontané qui survient généralement chez les chevaux après un refroidissement, l'animal étant en sueur, et qui guérit plus fréquemment que le tétanos traumatique.

Chez les chiens le tétanos est exceptionnel, ces animaux transpirant par leur muqueuse respiratoire, sont peu exposés au refroidissement.

Il est donc difficile d'interpréter ces faits, d'autant plus qu'il y aurait eu communication du tétanos spontané du cheval au chien, ce qui n'a jamais été signalé.

M. Anger. Les chevaux de Clamart sont morts du tétanos spontané. C'est ce qu'a déclaré le vétérinaire qui les a soignés; la chienne et les 4 petits chiens sont morts aussi du tétanos. Ceux que j'ai présentés à la Société anatomique étaient raides, durs, en opisthotonos; ils tombèrent en résolution après l'injection et redevinrent raides quelque temps après, pour mourir aussi du tétanos le lendemain. — Il n'y a donc pas à douter que dans ces cas il s'agissait du tétanos.

Pour répondre à M. Desprès, je suis tout disposé à publier ma statistique de Cochin, mais je n'y vois pas grand intérêt. Parmi les morts, il y en a qui ont succombé le jour même de leur entrée ou peu après, de délire alcoolique, de phtisie, etc. J'ai réuni tous ces cas.

M. Terrier. Je ne doute pas du diagnostic qui a été porté, je dis que ces faits sont extraordinaires. On connaît chez les animaux les épidémies de tétanos traumatique; il n'en est pas de même du tétanos spontané. Mais la chienne qui venait de faire ses

Société d'imp. Paul Dupont. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau. 50.1.82. — Le Gérant : G. Masson.

petits a pu avoir un tétanos traumatique, peut-être les petits avaient-ils une autre affection.



Communication.

De la section sous-cutanée des adhérences dans la réduction des anciennes luxations de l'épaule.

Par M. Polaillon.

La solidité des adhérences, qui se forment autour de la tête humérale luxée depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois, est sans contredit la principale cause qui empêche la réduction des anciennes luxations de l'épaule. Pour détruire ces adhérences on n'a recours qu'à un seul procédé, qui consiste à faire exécuter au bras des mouvements artificiels et surtout à exercer sur lui des tractions avec des appareils spéciaux pendant le sommeil anesthésique. Si les adhérences résistent, on dit que la luxation est irréductible et on abandonne le malade à son sort.

L'irréductibilité varie suivant l'espèce de la luxation. D'une manière générale, moins la tête s'éloigne de la cavité glénoïde, plus longtemps la réduction reste possible. C'est ainsi que la limite de la réduction est environ de six mois pour une luxation sous-coracoïdienne, et de quatre à cinq mois pour une luxation intra-coracoïdienne. Mais cette limite n'a rien de fixe, et certaines luxations de l'épaule se montrent irréductibles beaucoup plus tôt.

Lorsque les adhérences sont devenues trop solides pour céder aux tractions, n'y a-t-il plus rien à tenter? Je ne le pense pas. Sans parler de l'incision à ciel ouvert (Burckhardt in *Wurtemberg méd. Correspond.*, n° 4, 1878), ou de la fracture du col (Desprès, *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 743, 1879), il existe un moyen presque inoffensif sur lequel je désire appeler l'attention de la Société, c'est la section sous-cutanée des adhérences pour faciliter la réduction des luxations anciennes de l'épaule.

La section des ligaments et des tendons a été employée avec des résultats plus ou moins satisfaisants dans des cas de luxation du pouce, des doigts ou des orteils, par B. Bell, Dupuytren, Guersant (*Journ. de chir.*, III, p. 117, 1845), Blandin (*Revue médico-chir.*, t. III, p. 234, 1848), Williams (*Arch. de méd.*, 1849); dans le cas de luxation du coude, par Liston, Maisonneuve; dans le cas de luxation tibio-tarsienne, par J. Guérin, Valentin et Vast (*Arch. de méd.*, t. I, p. 264, 1867). Je n'ai pas la prétention de citer ici tous les chirurgiens qui ont conseillé et pratiqué ces sections;

leur nombre est trop considérable. Mais pour les luxations irréductibles de l'épaule, il n'y a guère, à ma connaissance, que deux ou trois chirurgiens qui aient mis ce procédé en usage.

Weinhold, en 1819, aurait, pour une vieille luxation de l'humérus, divisé le tendon du grand pectoral à trois travers de doigt de son insertion, et obtenu une réduction facile (Zwanzig, *de luxatione humeri*, Halæ, 1819). Cette indication si vague a peu de valeur pour le sujet qui nous occupe. Mais voici un fait plus complet : « Dans une luxation, datant de deux ans, la tête humérale était remontée jusque près de la clavicule, à deux pouces de l'extrémité supérieure du sternum. Le bras était à peine mobile, et en le tirant en dehors, on voyait se tendre sous la peau les muscles grand pectoral, grand dorsal, grand rond et petit rond, avec une douleur telle que la réduction exigeait avant tout la section de ces muscles. Dieffenbach s'y étant résolu, fit d'abord exercer l'extension par six aides, au moyen de lacs placés au-dessus du poignet; six aides furent chargés de la contre-extension, et trois autres devaient tirer sur la serviette placée sous l'aisselle pour ramener l'humérus en dehors. Aux premières tractions les muscles se tendirent ; l'opérateur divisa, à l'aide d'un petit canif, le petit pectoral près de son tendon, puis le grand dorsal, le grand et le petit rond ; après quoi il *attaqua par trois côtés la capsule de formation nouvelle ;* et, faisant alors diminuer l'extension, il imprima à la tête luxée quelques mouvements de rotation ; puis, recommençant l'extension, il obtint une réduction complète, l'épaule étant redevenue semblable à celle du côté opposé. Le membre fut placé dans un bandage amidonné qu'on enleva le neuvième jour. Alors toutes les piqûres étaient guéries, sans trace de suppuration, et les mouvements avaient déjà une notable étendue. Le blessé finit par les recouvrer entièrement. » (*Medicinische Zeitung*, 1840; obs. citée par Malgaigne, *Traité des luxations,* t, II, p. 124.)

Dans cette importante observation, il n'y a à retenir que la section sous-cutanée de la capsule de formation nouvelle. Quant à la section des tendons, elle est devenue inutile depuis l'anesthésie chirurgicale.

En 1852, G. Simon est parvenu à réduire une luxation ancienne en employant des tractions prolongées et renouvelées tous les deux ou trois jours, et en coupant avec un ténotome les adhérences fibreuses (*Prager vierteljschr*, III, p. 102, 1852).

Dans le *Traité des Luxations* (p. 522), Malgaigne dit que l'obstacle principal à la réduction « semble venir du ligament acromio-huméral, contre lequel il ne voit pas d'autre ressource que la section sous-cutanée ». Mais Malgaigne n'a jamais pratiqué cette opération. M. Panas parle aussi de la section des brides fibreuses

qui constituent le principal obstacle à la réduction définitive (*Diction. de méd. et de chir. prat.*, art. *Épaule*, t. XIII, p. 491, 1870). Or, quand on cherche les faits qui permettraient de juger les avantages ou les inconvénients de ces sections sous-cutanées, on n'en trouve pas, excepté ceux que je viens de citer. Il est donc évident que les chirurgiens délaissent ce procédé, qui pourtant est un précieux moyen dans les cas difficiles. Il m'a permis de réduire complètement une luxation ancienne, contre laquelle les tractions seules avaient échoué.

Voici cette observation :

Observation (recueillie par M. Mérigot de Treigny, interne provisoire). *Luxation intra-coracoïdienne ancienne; réduction impossible par les tractions; section sous-cutanée du tissu fibreux de nouvelle formation; réduction sous l'influence des tractions renouvelées.*

Le nommé R... Ch., âgé de 24 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, le 11 décembre 1881, dans le service de M. Polaillon.

Ce malade est épileptique et a déjà eu plusieurs attaques. A la suite d'une attaque survenue vers le milieu du mois d'août, alors qu'il était dans son pays, il perdit complètement l'usage de son bras gauche. Celui-ci n'était pas douloureux, mais il ne pouvait plus exécuter les mouvements ordinaires. Un médecin, consulté à ce moment, attribua l'impotence fonctionnelle au rhumatisme dont le malade avait déjà eu plusieurs manifestations. Il ne vit pas les changements de rapports de l'articulation. Il conseilla seulement de porter le bras en écharpe.

Au bout de cinq semaines, l'état étant toujours le même, un nouveau médecin fut appelé. Il reconnut la luxation, et fit plusieurs tentatives de réduction, en pratiquant l'extension et la coaptation directe, mais il n'obtint rien.

Le malade chercha alors à mouvoir son bras, mais les mouvements gagnèrent très peu en étendue. De plus, le membre n'avait point de force et était le siège d'une sensation de fatigue presque continuelle. On se borna à faire faire des frictions.

Enfin, quatre mois après l'accident, le blessé se décida à venir à Paris.

L'examen fait bien vite reconnaître une luxation intra-coracoïdienne. En effet, le moignon de l'épaule est aplati; il existe un vide au-dessous de la voûte acromio-coracoïdienne: on sent nettement la saillie de la tête humérale au-dessous de l'apophyse coracoïde et débordant cette apophyse en dedans; la palpation dans l'aisselle permet de sentir la tête déplacée en dedans et en avant. Pas de changement dans la longueur du membre.

Les mouvements spontanés sont très limités. Ils existent en avant dans une étendue de 40 à 45 degrés environ, et encore c'est l'omoplate, plus que le bras qui se déplace. L'élévation du bras et la rotation

en dehors sont impossibles. Les mouvements communiqués ne sont guère plus étendus que les mouvements spontanés. Les muscles de l'épaule et du bras sont sensiblement atrophiés.

17 *décembre.* — M. Polaillon fait une tentative de réduction avec les moufles.

Le malade est complètement chloroformé.

M. le Dr Hennequin assiste à l'opération.

Une alèze pliée en cravate et placée sur la paroi interne de l'aisselle, contre le thorax, servira à la contre-extension.

Un bracelet de cuir est fixé au-dessus de l'extrémité inférieure du bras, dont la peau est protégée par du coton et une bande mouillée. Ce bracelet porte deux crochets où s'accroche la corde de la moufle. Entre le bracelet et la moufle, on a disposé un dynamomètre et la pince à détente de M. Collin. Les tractions sont faites dans une direction perpendiculaire à l'axe du corps. Elles sont portées, le malade étant dans la résolution musculaire complète, jusqu'à 115 kilos. M. Polaillon surveille le dynamomètre et la traction, pendant que M. Hennequin fait exécuter des mouvements de rotation à la tête humérale en se servant de l'avant-bras comme d'un levier.

Un craquement très net se fait entendre et prouve que des adhérences fibreuses viennent de se rompre. A ce moment, on cesse brusquement l'extension et on ramène le bras en avant et en dedans.

La luxation n'est pas réduite, mais la tête de l'humérus s'est déplacée en dehors. Elle est actuellement située sous l'apophyse coracoïde qu'elle déborde en dehors.

Les tractions ont duré un quart d'heure environ. La peau a été distendue. M. Polaillon ne juge pas prudent de les prolonger davantage. Un bandage est appliqué pour immobiliser l'épaule.

25 *décembre.* — Le bandage est enlevé. La tête humérale s'est bien maintenue dans sa position nouvelle. Il s'agit maintenant d'une *luxation sous-coracoïdienne.* La tête ne dépasse plus le bord interne de l'apophyse coracoïde. Le bras est dans la rotation en dedans. Ce fait anormal tendrait à prouver qu'il y a une déformation du bord antérieur de la cavité glénoïde, permettant à la tête humérale de se loger dans ce point. Pas de douleurs au niveau de l'épaule.

Dans le but d'obtenir une réduction complète, M. Polaillon propose au malade de faire la section sous-cutanée des adhérences fibreuses qui retiennent encore la tête humérale dans une position vicieuse. Cette opération est acceptée.

28 *décembre.* — Chloroformisation du malade. Spray phéniqué. Précautions antiseptiques.

M. Polaillon ponctionne la peau et le deltoïde, à un travers de doigt au-dessous de la pointe de l'acromion, avec un étroit bistouri. Par cette petite incision, il introduit un ténotome boutonné qu'il glisse entre la face profonde du deltoïde et la partie antérieure de la tête humérale, et coupe contre l'os tous les tissus fibreux. Il recommence la même manœuvre à la partie postérieure de la tête humérale. De

sorte que tous les tissus fibreux qui entourent la moitié externe de la tête humérale sont sectionnés. Une quantité de sang qu'on peut évaluer à une cuillerée à bouche s'écoule par la piqûre. Pansement de Lister.

30 *décembre*. — Deux jours après, la petite plaie de la piqûre étant complètement cicatrisée, M. Polaillon fait une nouvelle tentative de réduction.

Pour éviter toute déchirure et toute désunion au niveau de la petite plaie, on colle à son niveau, avec du collodion, deux ou trois feuilles de baudruche.

Le malade est chloroformisé.

Puis on dispose l'extension et la contre-extension comme précédemment. On ajoute dans l'aisselle une serviette pliée en cravate, dont les deux bouts doivent être tirés en haut et en dehors par un aide. La traction est portée à 110 kilos. M. le Dr Hennequin fait exécuter au bras des mouvements de rotation. Au bout de très peu de temps, on entend un petit craquement, puis on sent la tête glisser en dehors. On fait cesser brusquement l'extension et on constate que la luxation est réduite.

L'épaule est immobilisée par un bandage qui fixe le bras et l'avant-bras au-devant de la poitrine.

4 *janvier*. — La tête humérale a un peu glissé en avant et en dedans par suite probablement de l'usure du bord antérieur de la cavité glénoïde. On applique alors l'appareil de Morel-Lavallée pour les fractures de la clavicule, appareil qui maintient la main au niveau de l'épaule saine et le coude au-devant de la poitrine.

6 *janvier*. — Cet appareil ne suffisant pas à bien maintenir la tête de l'humérus à sa place normale, on applique sur cette tête la pelote d'un tourniquet dont la bande passant dans l'aisselle est serrée autour de l'épaule. En faisant tourner suffisamment la vis du tourniquet on arrive assez bien au résultat désiré.

13 *janvier*. — Simple écharpe. Électrisation du deltoïde qui est fort amaigri, mais qui répond bien aux excitations électriques.

15 *janvier*. — On supprime l'écharpe. Électrisation, massage, mouvements artificiels de l'épaule. Bains sulfureux.

2 *février*. — Le malade quitte l'hôpital et se trouve dans un état assez satisfaisant pour travailler.

7 *février*. — L'épaule gauche a sa forme normale, sauf un peu d'amaigrissement produit par l'atrophie des muscles qui persiste encore. Les mouvements de rotation suivant l'axe du bras sont rétablis. Le blessé peut facilement porter sa main à la bouche et derrière la tête. Il peut élever le bras et le diriger en bas et en arrière dans la région lombaire. Tous les jours les mouvements gagnent en étendue.

Comme ce malade va retourner dans son pays, j'ai voulu le présenter à la Société avant son départ.

La section sous-cutanée des brides ou des adhérences fibreuses,

qui existent sur la circonférence externe et sur la face supérieure et externe de la tête humérale, est une opération facile et exempte de danger, puisqu'on est loin des vaisseaux axillaires et des nerfs qui sont en dedans. Or, si l'on parvient à sectionner en dehors et en haut la capsule fibreuse de formation nouvelle, quelle facilité n'aura-t-on pas pour rompre, par des tractions, les adhérences internes, et par suite pour réduire la luxation?

Ce procédé, combiné avec les tractions méthodiques, peut reculer beaucoup la limite de la réduction des luxations anciennes de l'épaule, car il est bien évident que des tractions, qui sont impuissantes contre des adhérences intactes, réussiront si ces adhérences sont à moitié détruites.

Pour fixer les idées sur le manuel opératoire, je propose en terminant les règles suivantes :

Lorsqu'une luxation ancienne de l'épaule a résisté à une extension de 100 à 150 kilos suivant la force du sujet et pendant la résolution musculaire produite par le sommeil anesthésique, il y a lieu d'avoir recours à la section des adhérences.

Cette section doit être faite par la méthode sous-cutanée et avec les précautions antiseptiques.

Dans un premier temps, on fait pénétrer à un centimètre audessous du sommet de l'acromion un ténotome pointu que l'on dirige horizontalement de dehors en dedans jusqu'à la tête humérale.

Dans un second temps, on glisse un long ténotome mousse entre la face antérieure de la tête humérale et le muscle déltoïde et l'on coupe contre l'os tous les tissus fibreux; puis on retire un peu l'instrument pour le glisser en arrière de la tête de l'humérus et couper en ce point les tissus fibreux. Cela fait, on peut encore contourner d'un côté à l'autre l'extrémité supérieure de l'humérus en détruisant la plupart des brides supérieures. Il va sans dire qu'avant de pratiquer ces sections, il faut reconnaître si l'artère axillaire et par suite la veine et les nerfs ne sont pas déviés de leur position normale, afin d'avoir la certitude de ne pas blesser ces organes.

Au bout de deux ou trois jours, la plaie cutanée étant cicatrisée, on renouvelle les tractions pendant la chloroformisation, et si la luxation ne se réduit pas, on peut dire à bon droit qu'elle est audessus des ressources de l'art.

Lectures.

M. Guermonprez lit un travail intitulé : *Manœuvres de réduction appliquées à un cas de traumatisme du rachis.*

Ce travail est renvoyé à M. Terrier, qui est chargé d'en rendre compte.

M. Blum lit un travail intitulé : *De l'arrachement du nerf sous-orbitaire.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Berger, Chauvel et Pozzi, rapporteur.

M. Humbert lit un travail intitulé : *Note sur la gangrène foudroyante à propos d'un cas traité par la cautérisation au feu rouge et suivi de guérison.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Anger, Forget et Labbé, rapporteur.

M. Reclus lit un travail intitulé : *De la réunion immédiate des tissus brûlés par le thermocautère.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Anger, Berger et Nicaise, rapporteur.

Présentations de malades.

M. Berger présente un malade chez lequel il a pratiqué il y a 14 mois l'*extirpation d'un épithélioma du plancher de la bouche*, des glandes sous-maxillaires et sublinguales et d'une partie du bord alvéolaire ou maxillaire inférieur, après section verticale de cet os. — Il n'y a aucune menace de récidive.

M. Berger présente un second malade chez lequel il a fait l'opération suivante :

Transplantation d'un lambeau cutané pris sur la jambe gauche et laissé adhérent 23 jours à son point d'implantation sur l'extrémité d'un moignon d'amputation de la jambe droite.

Ce malade avait trois mois auparavant subi l'amputation de la jambe à la partie moyenne pour une tumeur blanche du pied, mais il était resté une ulcération atonique sur la cicatrice adhérente aux extrémités osseuses divisées : le moignon était devenu légèrement conique. Après avoir inutilement mis à contribution les topiques et les moyens de pansement les plus divers, M. Berger excisa la cicatrice et recouvrit

la surface laissée à vif par cette excision, avec un lambeau de 10 centimètres de long sur 4 à 5 de large, taillé aux dépens de la peau de la région antéro-externe de la jambe opposée. Les dimensions de ce lambeau avaient été dessinées à l'avance; disséqué de trois côtés et par sa face profonde, il fut laissé adhérent par son extrémité inférieure au membre sur lequel il avait été pris et fixé par de nombreux points de suture au pourtour de la surface d'avivement à laquelle il correspondait par sa face cruentée : un peu de compression suffit pour obtenir un contact intime et sans tiraillements ; la jambe droite demi-fléchie avait été croisée par-dessus la cuisse gauche et maintenue dans cette position par de nombreuses bandelettes de diachylon.

La réunion se fit par première intention, non seulement sur toute la circonférence du lambeau, mais encore sur toute sa face profonde. Il n'y eut pas de réaction et très peu de suppuration. Les sutures furent enlevées le 7e jour : trois jours après, le lambeau, qui d'abord était devenu insensible, présentait une sensibilité obtuse vers son bord supérieur. Le 22e jour, les deux tiers du pédicule du lambeau furent coupés; toute la portion correspondant à cette section redevint aussitôt insensible; le 24e jour, on acheva la séparation complète du lambeau qui unissait les deux jambes. A ce moment, la lèvre de l'incision correspondant à la portion du lambeau qui était restée fixée à la jambe droite, saigna assez abondamment; le lambeau pâlit, devint complètement insensible, sauf au voisinage immédiat de la ligne de réunion où la sensibilité persista quelque peu. Le lambeau était, du reste, très solidement adhérent ; la petite plaie résultant de la section du pédicule se répara très vite ; la sensibilité revint même assez rapidement. Elle est aujourd'hui la même sur le lambeau transplanté que sur le reste du moignon. Ce lambeau est resté souple, charnu et très vivace.

La large plaie située sur la jambe gauche et qui résultait de la dissection du lambeau fut très longue à se fermer, et la guérison ne put être obtenue que par l'application d'un grand nombre de greffes dermo-épidermiques qui forment aujourd'hui encore comme un carrelage à sa surface.

M. Berger, si l'occasion se représentait d'avoir recours à une transplantation semblable, recouvrirait immédiatement la plaie laissée à découvert par la dissection du lambeau, d'un grand nombre de ces greffes dermo-épidermiques, afin d'abréger autant que possible la durée de la cicatrisation.

Présentation de pièces.

M. Anger. M. Labbé nous présentait dernièrement une malade atteinte d'une tumeur congénitale de la région sourcilière.

J'ai eu également l'occasion d'observer et d'enlever une tumeur congénitale de la jambe et du pied.

Une petite fille de 5 mois me fut présentée il y a un an ayant une tumeur congénitale sur la face externe de la jambe et sur le dos du pied ; je refusai de l'opérer dans la crainte de l'hémorragie.

Ces temps derniers, ses parents me ramenèrent l'enfant; la tumeur ayant augmenté, je me décidai à intervenir.

La tuméfaction est blanche, résistante, se confond avec les parties voisines et commence à deux travers de doigt au-dessous du genou, pour finir à un travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, laquelle est saine. La circonférence de la jambe du côté malade a 4 centimètres de plus que l'autre.

La peau paraît saine, mais elle est chagrinée, adhérente ; la tumeur elle-même est adhérente à l'aponévrose. Les limites de la tumeur ne sont pas nettes, et en un point j'incisai au milieu des tissus altérés. J'ouvris plusieurs petits kystes à la partie profonde de la tumeur. Celle-ci paraît surtout formée de tissu graisseux ; j'ai trouvé une branche du nerf cutané péronier un peu hypertrophiée.

L'examen histologique de la tumeur sera fait.

Aujourd'hui il semble que l'on ait affaire à un éléphantiasis de la peau et du tissu cellulo-graisseux.

M. Berger. L'opinion de M. Anger me paraît justifiée par la présence des petits kystes, que l'on peut considérer comme des ectasies lymphatiques développées entre les points des vaisseaux lymphatiques qui sont comprimés par la rétraction du tissu fibreux.

Élection.

La Société de chirurgie est consultée sur la demande d'honorariat de M. Dubrueil.

Cette demande est agréée à l'unanimité des suffrages.

La séance est levée à cinq heures quarante minutes.

Le secrétaire,

Nicaise.

Séance du 1er mars 1882.

Présidence de M. Labbé.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris;

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie. — Bulletin de thérapeutique. — Lyon médical. — Journal de Gubler. — Revue médicale de l'Est. — Revue scientifique. — Revue de médecine et de chirurgie;*

3° *Nouvelle gazette d'hygiène de Washington. — Gazette médicale italienne lombarde. — Gazette médicale de Turin. — Transactions de la Société ophtalmologique américaine. — Gazette internationale des sciences médicales de Naples. — Chronique médico-chirurgicale de la Havane;*

4° M. le professeur Rose, de Berlin, adresse à la Société les trois brochures suivantes :

a. *De l'insuccès de la cautérisation d'après la méthode de Lallemand;*

b. *Cure radicale des polypes du larynx;*

c. *De la trépanation dans les abcès du cerveau;*

5° M. Stilmann, de New-York envoie une brochure sur des appareils orthopédiques;

6° Congrès de Reims. — Association française, 1880;

7° Rapport sur les modifications qu'il y aurait à introduire dans les concours d'agrégation, de la part de la Faculté de Lille;

8° Lettre de remerciements de M. Dubrueil pour sa nomination de membre honoraire;

9° M. Heurtaux, de Nantes, membre correspondant, adresse un mémoire intitulé : *Infundibulum coccygien; fistule paracoccygienne* (Lecture en sera donnée dans une prochaine séance) ;

10° M. Dubrueil, de Montpellier, adresse une observation intitulée : *Hémiplégie et mort survenue à la suite de la ligature de la carotide externe* (Lecture en sera donnée dans une prochaine séance);

11° Mme veuve Houël offre à la Société le portrait de notre regretté président Houël.

A propos du procès-verbal.

Statistique. — Des amputations sous-periostées.

M. Nicaise. Pour répondre à l'invitation qui nous a été faite par M. Desprès et pour appuyer la communication de M. Monod en faveur des méthodes antiseptiques, je demande à la Société la permission de lui soumettre le résultat des amputations que j'ai pratiquées, en 1881, dans mon service à l'hôpital Laennec.

J'ai fait 6 amputations, dont 5 de cuisse et une de jambe, toutes pour des tumeurs blanches; un seul malade a succombé. C'était un amputé de cuisse dont je vous présenterai le moignon.

Dans ces amputations, j'ai employé la méthode d'Esmarch pour l'hémostase, j'ai suivi la méthode antiseptique et appliqué le pansement de Lister; j'ai fait les ligatures avec du catgut ou de la soie de Chine phéniquée; j'ai réséqué les troncs nerveux comme l'a conseillé M. Verneuil; j'ai conservé le périoste pour recouvrir l'os et dans tous les cas j'ai cherché la réunion par première intention avec drainage et j'ai immobilisé les lambeaux en interposant dans le pansement une gouttière de carton.

Je donnerai maintenant très sommairement l'observation de mes malades :

Le *premier* est un homme de 53 ans qui entre dans mon service le 25 juin 1881, ayant une *nécrose du frontal*, une *tumeur blanche tibio-tarsienne droite* avec fistules et une *tumeur blanche de l'articulation acromio-claviculaire* droite avec abcès. Cet homme est malade depuis 18 mois; son état est grave, mais il ne présente pas de lésions viscérales, il n'y a rien aux poumons, ni aux reins.

Le 6 juillet, j'enlève le séquestre frontal, la plaie se cicatrise bien, laissant un trajet fistuleux.

Le 15 juillet, *j'ampute la jambe* droite à la partie moyenne par la méthode circulaire.

Premier pansement le 18, le 3e jour, la plaie est réunie par première intention; enlèvement des drains et de la moitié des sutures.

Trois jours après, enlèvement des autres sutures; la réunion est complète, on laisse sur le moignon un pansement protecteur.

Le 14 septembre, l'abcès de l'épaule est incisé, sa cavité était occupée par une tumeur fongueuse du volume d'une noix ; tous les tissus fongueux sont enlevés avec la curette de Volkmann et j'arrive dans l'articulation acromio-claviculaire d'où j'extrais un séquestre formé par l'acromion.

Le 10 octobre, le malade sort en état de se remettre au travail.

Le *second* malade est un homme de 21 ans, qui entre dans mon service, le 27 décembre 1880, pour une *tumeur blanche du genou* droit remontant à 4 ans et ayant amené des abcès et des fistules. J'essaie encore de conserver le membre, mais l'amputation devient nécessaire.

Le 20 septembre, je fais *l'amputation de la cuisse*, à deux lambeaux, les trajets fistuleux qui traversent le lambeau antérieur, sont incisés et ruginés fortement. J'obtiens la réunion par première intention des parties molles; mais il y a de la suppuration dans le fond du moignon, probablement vers l'endroit que M. Gosselin a appelé la *chambre de l'os ;* le pus s'écoule facilement par les deux drains latéraux; malgré cela, la cicatrisation du moignon se fait vite ; le malade se lève le 22e jour.

Le *troisième* malade est un homme de 27 ans qui entre dans mon service le 11 mai 1881 pour une *tumeur blanche du genou* gauche qui en était à sa troisième rechute. La jambe était fléchie à angle droit, je la redresse. Après quelque amélioration, la lésion s'aggrave et l'amputation devient nécessaire. Avant d'en venir à cette extrémité, je voulus essayer de conserver le membre en pratiquant l'arthrotomie et en ruginant l'intérieur de l'articulation; mais les os étaient tellement dénudés et cariés que cette opération ne pouvait donner aucun résultat. L'arthrotomie n'est utile que quand les os ne sont ni dénudés, ni cariés.

Le 28 septembre, je fais l'*amputation de la cuisse* par la méthode circulaire.

Premier pansement le 1er octobre, le 3e jour, enlèvement de la moitié des sutures.

3 octobre, enlèvement des autres sutures; il y a réunion par première intention entre les parties molles et au niveau de l'os. Le drain est enlevé le 10 octobre.

Ce malade avait eu, en 1873, une sciatique qui avait duré une année; quelques jours après l'amputation, il fut pris, malgré la résection du nerf, d'une *névralgie du moignon* qui devint très intense et ne céda qu'au bromure de potassium à haute dose.

La section du fémur et du tibia a fait découvrir des lésions de l'extrémité de la diaphyse, que M. Lannelongue a désignée sous le nom de *bulbe*, pour la distinguer de l'épiphyse ; il y avait une vascularisation prononcée sur le bulbe des deux os.

Le *quatrième* malade est un homme de 29 ans, qui est entré dans mon service le 26 août 1881, ayant une *tumeur blanche du genou* gauche avec abcès de voisinage, une *carie costale* et des ganglions inguinaux suppurés et fistuleux. L'état général de ce

malade était des plus mauvais, cependant l'examen du poumon ne révélait aucune trace de tuberculose. Après quelque hésitation, la mort étant fatale si l'on n'intervenait pas, je me décidai à pratiquer *l'amputation de la cuisse*, qui fut faite le 6 octobre 1881, par la méthode circulaire.

Le premier pansement eut lieu le 10, il y avait réunion par première intention ; enlèvement de tous les points de suture. Le drain fut enlevé le neuvième jour; son trajet resta fistuleux pendant quelque temps, mais il ne donnait issue qu'à quelques gouttes de liquide.

Après l'amputation, l'état général s'est amélioré, la suppuration costale a cessé, les fistules inguinales se sont taries et le malade a pu retourner dans son pays.

La section du fémur et du tibia amputés a montré encore une vascularisation plus prononcée au niveau du bulbe qu'au niveau de l'épiphyse voisine.

Le *cinquième* malade est un homme de trente-six ans qui est entré dans mon service le 10 novembre 1880, pour une *tumeur anomale du genou droit ;* le diagnostic fut incertain pendant quelque temps et l'on pouvait penser à un ostéosarcome. L'existence d'une tumeur blanche devint évidente, différents traitements furent employés, mais enfin l'*amputation de cuisse* devint nécessaire et fut pratiquée le 5 novembre 1881 par la méthode à deux lambeaux.

Pansement le quatrième jour; réunion partielle des parties molles, enlèvement des sutures.

Le septième jour, second pansement, enlèvement du reste des sutures. La réunion des parties molles est presque complète, mais il y a de la suppuration profonde qui s'écoule par le drain. Néanmoins la cicatrisation est assez rapide et le malade se lève le vingtième jour.

La coupe du tibia a montré l'existence d'une portion nécrosée du bulbe, à l'état de *nécrose aseptique*.

Enfin le *sixième* malade, celui qui a succombé, est entré dans mon service le 11 août 1881, ayant une *tumeur blanche du genou* droit et des *tubercules pulmonaires* au début. Il existait des abcès péri-articulaires et des fistules. L'état général était mauvais, néanmoins je crus donner au malade une chance de survie en lui proposant l'*amputation de la cuisse*, qu'il demandait d'ailleurs.

L'opération fut pratiquée le 23 novembre 1881, par la méthode circulaire.

Le troisième jour, pansement, enlèvement de la moitié des sutures.

Le sixième jour, enlèvement des autres points de suture ; les

parties molles sont réunies au niveau des drains. Le trajet de ces derniers continua à donner du pus et je pensais que celui-ci venait de la chambre de l'os, il n'en était rien ; le trajet fistuleux aboutissait aux deux fils à ligature, ainsi que le montre la pièce.

Le malade a succombé le 29 décembre, vingt-neuf jours après l'opération aux suites d'une *phlebite infectieuse* de la fémorale et de l'iliaque externe. La phlébite avait commencé à quelques centimètres au-dessus de la ligature ; elle ne s'accompagnait d'aucun abcès métastatique.

Je vous demande maintenant la permission d'ajouter quelques mots sur l'*amputation sous-périostée*, méthode que j'ai suivie chez tous mes opérés.

L'idée de conserver le périoste dans les amputations n'est pas nouvelle, déjà de Walther en 1814 et Bruninghausen en 1818 l'avaient mise en pratique. Symvoulidès, de Saint-Pétersbourg, a publié en 1861 trois observations d'amputation de jambe, dans lesquelles il avait conservé un lambeau semi-circulaire de périoste, en avant de l'os. Desgranges (1864) se montre peu favorable à cette méthode; M. Ollier (1867) reconnaît l'utilité de la conservation d'un lambeau de périoste pour recouvrir le tibia dans l'amputation de jambe.

M. Trélat, en 1866, propose de conserver une manchette périostique autour de l'extrémité de l'os; mais c'est à M. Houzé de l'Aulnoit que revient le mérite d'avoir insisté dès 1871 sur la valeur des amputations sous-périostées et de les avoir pratiquées; il taille un lambeau périostal arrondi sur les deux tiers de la circonférence de l'os. M. F. Poncet, en 1872, dans une étude sur la conicité du moignon, propose de conserver une manchette périostique.

Au lambeau périostique employé par M. Houzé de l'Aulnoit, je préférai la manchette de MM. Trélat et F. Poncet.

Après avoir coupé tous les muscles de la cuisse jusqu'à l'os, soit par la méthode circulaire, soit par la méthode à lambeau, je fais une section circulaire du périoste au niveau du point où l'os sort des parties molles conservées, puis avec une rugine courbe sur le plat, je décolle et refoule le périoste. Au niveau de la ligne âpre, le périoste est adhérent et se déchire, de sorte qu'en ce point le manchon périostique présente une fente qui facilite son renversement. Le périoste ayant été décollé dans une hauteur de 3 à 4 centimètres variable selon l'épaisseur des muscles, on scie l'os.

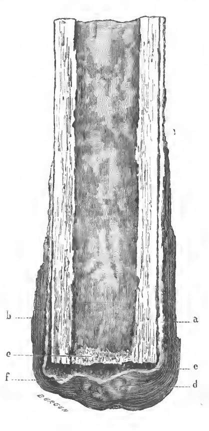
Ce temps de l'opération est rendu un peu plus délicat, par suite de la difficulté que l'on éprouve à bien rétracter les chairs ; mais des aides les écartent avec les doigts pendant que la scie fonctionne.

Après la section de l'os, les chairs viennent le recouvrir et le

cacher et la compression du pansement aidant, le périoste se trouve porté sur la surface de section de l'os.

Je crois que la conservation du périoste a joué un rôle important dans les résultats que j'ai obtenus; j'ai eu quatre fois sur six une réunion par première intention du périoste sur l'os.

Un malade a succombé le vingt-neuvième jour et sur son moignon nous pouvons constater le résultat anatomique que donne l'emploi de la méthode sous-périostée. Sur ce malade chez lequel il



Coupe verticale du fémur. — *a* périoste adhérent aux muscles. — *b* muscles. — *f* périoste formant un capuchon qui enveloppe l'extrémité de l'os, il est epaissi et infiltré de granulations calcaires. — *c* couche celluleuse unissant le périoste à la lamelle osseuse, *e*, qui ferme complètement le canal médullaire.

a eu réunion par première intention du périoste et de l'os, nous voyons que les tissus osseux et médullaire sont sains, sans vascularisation, la section du fémur est aussi nette que le jour de l'opération; le canal médullaire est oblitéré par une lamelle osseuse (*e*) de nouvelle formation; autour de l'extrémité de l'os nous

trouvons le périoste (*a*, *f*) épaissi et infiltré de grains calcaires; il adhère à la lamelle osseuse du canal médullaire par un tissu cellulaire fin (*c*). Ces dispositions se voient clairement sur la figure ci-jointe.

Ce résultat est important et doit engager à suivre cette méthode.

Tizzoni en 1874 a étudié sur des lapins le mode de cicatrisation de l'os daus le cas d'amputation sous-périostée et il a constaté la formation d'une lamelle d'os entre la moelle et le périoste. Ses conclusions sont favorables à cette pratique.

M. Trélat. Plusieurs fois ici des collègues ont rappelé ma part d'intervention dans l'histoire des amputations sous-périostées. J'ai, en effet, en 1866, énoncé deux propositions.

J'ai dit que, dans l'opération d'Esmarch contre le resserrement cicatriciel des machoires, il y aurait avantage à interposer entre les fragments du maxillaire inférieur un lambeau de périoste qui se réunirait avec la surface de section de l'os et empêcherait la soudure bout à bout des deux fragments.

J'ai dit aussi que, dans l'amputation des membres, il serait utile de faire une manchette de périoste ; depuis, j'ai toujours réalisé cette indication et sur la cuisse en particulier où l'exécution en est plus facile.

Dans l'amputation de cuisse à lambeau, je sectionne le périoste et je le relève avec une rugine simple ; en exerçant une traction sur le lambeau, on achève le détachement du périoste.

L'intérêt de la pièce de M. Nicaise, c'est qu'elle nous montre un moignon récent ; elle est démonstrative, car nous y constatons la cicatrisation de l'os, l'oblitération du canal médullaire, à une époque voisine de l'opération.

Le résultat de mes amputations est le même que celui de M. Nicaise ; j'ai perdu un seul amputé que j'avais opéré en pleine infection purulente ; tous les autres ont guéri.

Avec la manchette de périoste, le résultat, quand les malades guérissent, c'est la réunion primitive, ou bien une réunion plus lente, mais toujours avec maintien dans la même situation du lambeau qui est fixé sur l'os et le matelasse. Cet accolement du lambeau doit être cherché par les adhérences périostales.

On peut s'aider d'autres moyens, des gouttières par exemple, que l'on emploie depuis longtemps ; mais l'indication principale c'est d'avoir un bouchon périostal. La manchette vaut mieux que le lambeau de M. Houzé de l'Aulnoit.

La différence des résultats est saillante quand on compare des malades différents.

Dans ces derniers jours j'ai essayé de conserver un membre écrasé ; au bout de vingt-trois jours j'amputai la cuisse ; comme je voulais conserver le plus possible du membre, je fis très bas une amputation circulaire très régulière et je gardai une longue manchette périostale ; mais comme le malade suppurait, la réunion manqua et je dus le troisième jour défaire les sutures. Aussi aujourd'hui le moignon paraît-il insuffisant et je serai obligé d'enlever une rondelle du fémur.

M. Desprès. Le manchon et le lambeau périostiques ne sont jamais taillés régulièrement, je n'ai jamais vu de manchette régulière autour d'un fémur ; je voudrais qu'on m'en montrât sur le cadavre.

Sur les points où le périoste ne présente pas d'insertions musculaires on peut le détacher ; mais au niveau de la ligne âpre on ne peut le faire et là fatalement la manchette est déchiquetée.

Dans les moignons que nous présente M. Nicaise il n'y a pas d'os partout, autour de la section de l'os, il en manque là où le périoste a été déchiré.

Sur les os qui sont malades depuis longtemps le périoste est épais, on peut alors tailler un lambeau ; mais cela est inutile car le périoste étant malade ne reproduit pas l'os. Je crois donc que l'opération avec sa netteté n'existe pas.

La statistique de M. Nicaise est bonne, mais il s'agit d'amputations pour des tumeurs blanches et dans ce cas la guérison est la règle ; sur dix amputations que j'ai faites dans ces conditions, je n'ai perdu qu'un opéré. Du reste, je donnerai ma statistique d'amputations pour tumeurs blanches.

Je ne trouve pas que la statistique de M. Nicaise soit favorable à la méthode antiseptique ; il a perdu un malade et celui-ci est mort de phlébite purulente. Si M. Nicaise a guéri la plupart de ses opérés, cela tient à ce que les prescriptions de l'hygiène ont été suivies, à ce que les pansements ont été faits avec soin.

J'ajouterai en terminant que dans l'édition de 1866 de mon *Dictionnaire*, j'ai rappelé la proposition faite par M. Trélat de conserver le périoste pour recouvrir l'os dans l'opération d'Esmarch.

M. Pozzi. Je désire faire quelques remarques à propos de la pièce présentée par M. Nicaise. On y voit manifestement que la lamelle osseuse obturant le canal médullaire est disposée en deux couches d'inégale épaisseur ; la plus importante adhérente à l'os directement, dépend de la moelle ossifiée au niveau de la surface de section. Au-dessus, et séparée d'elle par un peu de tissu cellulaire est l'espèce de couvercle ostéo-fibreux, mobile, formé par le périoste en voie d'ossification. Cette observation montre que la moelle

a joué ici le principal rôle, et que le périoste n'a fait que renforcer une lamelle osseuse déjà suffisante. Il faudrait pour que l'utilité de la manchette périostique fût prouvée dans l'oblitération osseuse du canal médullaire que son rôle y parût prépondérant. C'est le contraire qui paraît démontré par l'examen même de la pièce.

La présence de cette manchette aide-t-elle au moins à la réunion par première intention? Je crois, au contraire, qu'elle la rend plus difficile pour cette raison qu'elle facilite considérablement la nécrose d'une rondelle terminale. Il est en effet matériellement impossible, vu l'épaisseur du lambeau musculo-périostique (et le périoste, ne l'oubliez pas, doit toujours être laissé adhérent aux autres parties molles, dans le procédé adopté par M. Nicaise), il est impossible, dis-je, de relever assez ce lambeau pour qu'on puisse faire porter la section de l'os exactement au niveau du point où commence le décollement. Par suite, une petite surface de l'os est privée de son périoste et les vaisseaux qui en partent sont arrachés hors des canalicules de Havers. Je sais bien que le périoste est ensuite réappliqué sur l'os dépouillé; mais le traumatisme que l'un et l'autre ont subi pendant leur séparation violente est bien propre à favoriser la nécrose de l'extrémité osseuse déjà ébranlée et encrassée par l'action de la scie. C'est ce qui arrive effectivement. De nombreuses observations le prouvent : M. Nicaise a vu lui-même, sur *six cas*, la *chambre de l'os* suppurer *deux fois* c'est-à-dire dans le tiers des cas, malgré un affrontement exact, malgré toutes les ressources de la méthode antiseptique. Moi-même, ayant d'abord employé ce procédé dans mes amputations de cuisse que je réunissais avec le plus grand soin, j'ai cru devoir y renoncer après avoir vu deux fois, longtemps après que toutes les parties molles s'étaient réunies audessus du fémur, une fistule persister, et survenir tardivement l'élimination d'un sequestre annulaire.

C'est donc comme nuisible à la réunion primitive *complète*, que je rejette la pratique de M. Nicaise.

Enfin, je lui demanderai s'il n'a pas quelques préceptes à formuler relativement à l'âge : chez les jeunes sujets, où au voisinage des foyers morbides le périoste se laisse facilement séparer de l'os, il est épais et vasculaire ; — chez les sujets au-dessus de 40 ans, et loin d'une lésion osseuse, le périoste est mince et la rugine n'en détache qu'avec peine des lambeaux. Mais, je le répète, je rejette pour ma part cette manœuvre dans la totalité des cas.

M. Nicaise. Je suis heureux de me trouver en accord avec M. Trélat, les idées que j'ai émises étant les mêmes que celles qu'il a soutenues.

M. Desprès s'exagère la difficulté de décoller le périoste; elle est loin d'être aussi grande qu'il le dit, et dans mes opérations ce temps s'est effectué facilement. Sans doute, au niveau des insertions musculaires de la ligne âpre le périoste se trouve fendu après le décollement, mais ceci facilite précisément le relèvement de la manchette du périoste; si cette fente n'existait pas, il faudrait faire une incision pour la remplacer.

Dans ma première opération j'avais fait deux incisions sur le périoste, décollant ensuite un lambeau antérieur et un lambeau postérieur, mais je les ai abandonnées, ayant remarqué que le périoste se trouve fendu au niveau de la ligne âpre. C'est au niveau de ce point, très limité, que sur ma pièce manque le capuchon périostique.

Mais, il est vrai, comme le dit M. Pozzi, que la conservation d'une manchette de périoste rend la section de l'os plus difficile, à cause de la gêne que l'on éprouve à rétracter les muscles conservés et de la mesure que l'on est obligé de mettre dans la rétraction, pour ne pas décoller le périoste dans une trop grande étendue; je pense que cette difficulté n'est pas insurmontable; j'ai pu faire la section de l'os, un aide faisant la rétraction des chairs, pendant qu'un autre aide déprimait le périoste avec l'extrémité du doigt en suivant le trait de scie.

Au point de vue du résultat définitif la conservation du périoste aide à la bonne confection du moignon. Les progrès réalisés en chirurgie nous permettent de faire nos opérations moins rapidement et de ne pas craindre quelque complication opératoire. — Notre objectif n'est plus seulement de sauver la vie de notre opéré, ce dont nous sommes à peu près assurés dans la majorité des cas, mais de lui donner en plus un moignon utile et indolore; nous pensons que la conservation du périoste aide à ce résultat, en oblitérant plutôt et plus sûrement le canal médullaire.

J'ai déjà répondu à M. Pozzi au sujet du décollement du périoste et de la section de l'os; j'ajouterai qu'un léger décollement n'entraîne pas la nécrose de l'os quand on se met dans les conditions nécessaires pour éviter la suppuration, et que celle-ci ne peut reconnaître pour cause le décollement du périoste.

Sur la pièce que j'ai présentée, il y a comme le dit M. Pozzi, deux lamelles osseuses de nouvelle formation ; l'une régulière, horizontale, qui ferme complètement le canal médullaire au niveau de la section de l'os ; l'autre irrégulière, granuleuse, formée par des ossifications à la face interne du périoste conservé et constituant une sorte de capuchon à l'os; entre les deux se trouve une couche de tissu cellulaire de nouvelle formation.

M. Pozzi dit que la lamelle du canal médullaire s'est formée en

dehors de l'action du périoste. Il resterait cependant à démontrer la possibilité de la même ossification médullaire, la section de l'os étant recouverte par un lambeau de tissu cellulaire ou de muscle. Je pense que le périoste est le tissu qui s'unit le plus facilement au tissu osseux et que par sa présence il peut hâter le travail d'ossification de la moelle, mieux que ne le ferait du tissu cellulaire ou du muscle.

Quant à l'influence de l'âge sur la facilité du décollement du périoste, je répondrai à M. Pozzi que toujours j'ai pu le décoller facilement et que, généralement, le périoste se décolle bien sur le vivant.

Chez l'enfant peut-être pourrait-on craindre la formation d'ostéophytes. Chez le vieillard, s'il ne se forme pas d'ossification, le périoste est toujours la membrane la plus physiologique à mettre en contact avec la section de l'os.

M. Gillette. Je crois également que l'amputation sous-périostée est facilement exécutable, même chez les personnes âgées; mais, dans les deux cas où je l'ai mise en pratique je n'ai pas été aussi heureux.

Le premier malade était un blessé de la commune que j'ai amputé au bras; j'avais décollé le périoste sur une hauteur de 2 à 3 centimètres et fait un pansement alcoolisé; le malade a guéri, mais il s'est formé une virole de nécrose, qui a mis deux mois à s'éliminer.

Le second cas se rapporte à un homme auquel je fis une amputation de cuisse à l'hôpital Temporaire; je décollai le périoste, je fis un pansement phéniqué, le malade guérit, mais il élimina encore une virole de nécrose.

J'attribue ce résultat au décollement du périoste et à la difficulté de sectionner l'os au niveau de la limite du décollement.

M. Nicaise. Je rappellerai que sur mes six amputations j'ai obtenu quatre fois une réunion immédiate entre les parties molles et entre le périoste et la surface de la section de l'os, ainsi que le montre la pièce que j'ai présentée.

Rapport

Sur un travail de M. Blum, intitulé : *Sur certains faits relatifs à la pathologie de la main (trois cas de doigt à ressort et variété rare de syndactylie)*,

par M. Delens.

Messieurs,

Dans la séance du 26 octobre dernier, M. Blum, chirurgien des hôpitaux et agrégé à la Faculté de médecine, nous a lu un travail *sur certains faits relatifs à la pathologie de la main* et présenté à l'appui de ses conclusions des pièces anatomiques dont vous avez, sans doute, gardé le souvenir.

Des deux parties de sa communication, je me contenterai de mentionner la première, bien qu'en raison de son originalité, elle méritât mieux qu'une simple analyse. Mais les *trois cas de doigt à ressort* qui, avec les recherches anatomiques entreprises à leur sujet, ont permis à M. Blum de formuler une explication plus rationnelle de cette singulière affection, sont reproduits dans son *Traité de la chirurgie de la main* paru depuis l'époque où il vous les a fait connaître. C'est dans cet ouvrage qu'on trouvera ces observations et les remarques intéressantes dont il les accompagne. Nous ne pouvons mieux faire que d'y renvoyer.

M. Blum nous a communiqué, en outre, un *cas de syndactylie simulant l'ectrodactylie*, sur lequel il nous paraît utile de donner quelques détails.

Il en est de la main comme de beaucoup d'autres organes. Les recherches embryologiques, en suivant pas à pas le mode de formation des différentes parties qui la constituent, nous ont donné l'explication de la plupart des vices de conformation.

Les difformités congénitales de la main ont été divisées en deux grandes classes, suivant que le développement a dépassé ses limites ou qu'il s'est arrêté à l'une quelconque de ses phases.

Parmi les arrêts de développement, se trouve l'*ectrodactylie*, affection rare. M. Blum a eu la bonne fortune d'en rencontrer deux cas se rapportant à la même variété ; il nous en a donné la description clinique et anatomique.

Dans les deux observations, il s'agit de l'absence congénitale des deux derniers doigts et de leurs métacarpiens. Le médius et l'indicateur sont soudés ensemble par une membrane remontant jusqu'à la deuxième phalange ; il y a donc syndactylie. Le pouce est normal.

Les deux cas se rapportent à des hommes et occupent la main droite qui était parfaitement libre de ses mouvements et permettait

tous les travaux manuels. L'affection n'était pas héréditaire, et ne s'accompagnait d'aucune autre malformation.

Ce que cette forme d'ectrodactylie présente de singulier, c'est que, à l'autopsie, on a pu retrouver toutes les dispositions de la main normale : les muscles de l'éminence hypothénar formaient un groupe complet et parfaitement distinct ; les vaisseaux et les nerfs, par leurs divisions et subdivisions, représentaient la disposition normale.

Se basant sur cette disposition des os, sur l'existence des muscles de l'éminence hypothénar, sur le prolongement de la gaine du fléchisseur jusqu'à la troisième phalange du dernier doigt et enfin sur la distribution des vaisseaux et des nerfs, M. Blum pense qu'il s'agit dans les observations qu'il rapporte non d'une ectrodactylie, mais d'une syndactylie complète et nous sommes de son avis, sans vouloir trancher toutefois avec ces seules observations une question importante au point de vue du développement de la main et de la pathogénie de ses malformations.

Syndactylie simulant l'ectrodactylie,

par M. Blum.

Obs. I. — Il y a un an je rencontrai à l'hôpital Tenon un malade présentant une conformation singulière de la main droite. Cette main ne se composait que de trois doigts ; le pouce, l'index et le médius. Ces deux derniers doigts sont soudés ensemble par une membrane formée de deux feuillets cutanés adossés l'un à l'autre et remontant jusqu'à la deuxième phalange. Les deux dernières phalanges sont libres et possèdent tous leurs mouvements. Le pouce est parfaitement constitué et normal.

Dans la main on constate la présence des trois premiers métacarpiens.

Le bras droit est notablement atrophié et la mensuration de la main donne les résultats auivants :

	Droite	Gauche
De l'apophyse styloïde du radius à l'extrémité de l'index.	16 cent.	18 cent.
Longueur du médius.	9 —	11 —
Circonférence de la main au niveau du pouce.	19 —	24 —

La sensibilité est normale et le malade exécute avec ses doigts tous les mouvements.

Ce vice de conformation est congénital et propre au malade. Aucun de ses ascendants, aucun de ses six enfants ne présente de difformité semblable.

Obs. II. — Cette année pendant que je remplaçais M. Le Fort, j'eus occasion de voir un autre malade atteint également de la même affection qui siégeait également du côté droit. Aucun membre de sa famille ne présentait de vice de conformation.

Le malade ayant succombé à la suite d'une fracture du crâne, je priai M. Quenu de préparer la main après l'avoir injectée et voici le résultat de ce que nous avons observé chez ce malade.

I. *Squelette.* — Le radius et le cubitus sont normaux.

La face articulaire radiale présente comme d'habitude sa subdivision en deux facettes l'une externe, triangulaire, l'autre interne quadrilatère.

Le carpe se compose de trois os dont deux s'articulent avec l'avant-bras : l'externe rappelle par sa conformation le scaphoïde ; l'autre semble le résultat de la soudure du pyramidal et du semi-lunaire avec le grand os, l'os crochu et le trapézoïde. L'os pisiforme existe. Le troisième os représente le trapèze : il est articulé par une de ses faces avec le pouce, par une autre avec le deuxième métacarpien, par une troisième enfin divisée en deux facettes avec le scaphoïde et l'os représentant le reste du carpe. Ce dernier s'articule avec le deuxième et le troisième métacarpien.

Ces deux métacarpiens sont beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal ; il semblerait qu'il existe à leur face dorsale une apparence de sillon.

II. *Muscles.* — Les muscles des deux éminences thénar et hypothénar sont très développés et au grand complet.

L'adducteur du pouce s'insère sur la face antérieure du second métacarpien et sur les os du carpe. Le faisceau la plus inférieur de ce muscle s'insère au fibro-cartilage de l'articulation métacarpo-phalangienne du troisième métacarpien.

Les lombricaux au nombre de deux sont volumineux et occupent l'un le côté externe du tendon fléchisseur du deuxième métacarpien, l'autre l'interstice des tendons fléchisseurs du deuxième et du troisième. Les fléchisseurs ne présentent rien de particulier. La gaine synoviale carpienne émet un prolongement qui accompagne le tendon du troisième doigt jusqu'à la troisième phalange : disposition en tout semblable à celle que l'on observe sur le petit doigt normal.

A la face dorsale on ne trouve qu'un radial s'insérant à l'extrémité supérieure du deuxième métacarpien. Chaque doigt possède deux ndons extenseurs.

III. *Artères.* — La cubitale est superficielle à l'avant-bras et très volumineuse. Elle ne fournit aucune collatérale importante au-dessus du carpe et forme à elle seule l'arcade superficielle. De celle-ci se détache une cubito-radiale très grosse, deux digitales et la collatérale du pouce.

A l'avant-bras, au niveau du coude, la radiale donne un gros tronc, qui bientôt se divise en récurrentes et interosseuses. Puis elle suit son trajet habituel sans fournir cependant de radio-palmaire. Les artères transverses du carpe, dorsale du métacarpe et dorsale du pouce sont volumineuses. La terminaison de l'interosseuse antérieure est très grosse et s'anastomose avec les branches de la radiale. L'arcade palmaire profonde n'offre rien de spécial.

IV. *Nerfs.* — A la face palmaire :

Le médian fournit un gros rameau : 1° aux muscles de l'éminence thénar ;

2° Le collatéral externe du pouce ;

3° Le collatéral interne du pouce ;

4° Le collatéral externe du deuxième doigt ;

5° Un gros rameau qui s'anastomose avec le cubital et fournit le collatéral interne du deuxième et l'externe du troisième doigt.

Le cubital fournit l'anastomose que nous venons de signaler et le collatéral interne du troisième doigt. La branche profonde innerve l'adducteur du pouce, les interosseux, les muscles de l'éminence hypothénar.

A la face dorsale :

La branche dorsale du radial fournit les deux collatéraux du pouce et une branche qui se bifurque à la racine du second doigt. La branche dorsale de cubital donne le collatéral interne du second doigt et les deux collatéraux du troisième.

Lectures.

M. Marchand lit un travail intitulé : *Note sur un cas d'enchondrome de l'extrémité supérieure de l'humérus.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Delens, Pozzi et Gillette, rapporteur.

M. Richelot lit un travail intitulé : *Laryngotomie intra-cricothyroïdienne.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Terrillon, Nepveu et Nicaise, rapporteur.

M. Bouilly lit un travail intitulé : *Sur un cas d'ankylose fibreuse à angle droit de la hanche redressée avec l'appareil de M. Collin.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Delens, Trélat et Terrillon, rapporteur.

Présentation de malade.

M. Pozzi présente une malade à laquelle il a fait une *résection sous-périostée du coude* droit pour une ankylose complète.

La malade peut fléchir complètement l'avant-bras, elle porte la main à la tête, soulève trente kilos.

Lors de l'opération, qui date de 6 mois, les muscles du membre étaient très atrophiés, ils ont repris beaucoup de volume depuis.

Présentation d'instrument.

M. Terrillon présente un *appareil de fixation pour le bassin.*

L'appareil que je présente à la Société de chirurgie a pour but de fixer solidement le bassin, afin de permettre soit le redressement, soit la mobilisation forcée dans l'articulation de la hanche.

Il a été construit par M. Colin, d'après mes indications, dans les circonstances suivantes :

Un jeune homme de 22 ans avait, à la suite d'un rhumatisme blennorragique de la hanche une ankylose fibreuse de cette articulation. La cuisse était dans une position vicieuse telle qu'elle faisait, avec l'axe du corps, un angle de plus de 45° dans le sens de la flexion, ce qui rendait la marche très difficile. Comme l'ankylose n'était pas absolue, je résolus de faire des tentatives d'extension progressive pour arriver à mettre la jambe, non pas dans la rectitude absolue, mais dans une flexion très légère permettant la marche plus facilement. Malgré l'influence du chloroforme, je ne pus obtenir aucun résultat, le bassin étant simplement fixé par la main des aides. Je cherchai alors dans l'arsenal chirurgical s'il existait un appareil capable de fixer le bassin et je ne trouvai que la description de celui employé par Bonnet. Il consiste, comme vous savez, en un appareil à sangle dont les courroies embrassent plus ou moins solidement le bassin.

Mais cet appareil est très défectueux et n'immobilise que très imparfaitement.

L'appareil que je vous présente actuellement réunit toutes les conditions désirables et il est composé de la façon suivante.

Une planche sur laquelle est fixée une plaque métallique matelassée et ayant la forme de la partie postérieure du bassin et des fesses ; sur cette planche est solidement fixé un arc métallique divisé en deux parties mobiles au moyen d'une charnière, et pouvant se relier ensemble sur la ligne médiane au moyen d'une vis de rappel. Cet arc est destiné à faire le tour du bassin et de l'abdomen en étant éloigné de 5 ou 6 centimètres.

Sur les parties latérales de cet arc, viennent se fixer des montants munis de pas de vis et terminés à leur extrémité par des pelotes d'un modèle spécial. Celles-ci sont larges de 15 à 20 centimètres et longues de 20 à 30 centimètres, recourbées dans le sens de la crête iliaque et de l'épine qui la termine et matelassées.

Elles présentent à leur centre une fenêtre longitudinale qui permet de recevoir l'épine iliaque antérieure et supérieure et la partie voisine de la crête iliaque de façon à empêcher la pression dircte sur l'os. Enfin, grâce à un pivot en forme de noix, on peut les faire basculer de différentes façons, afin de se prêter aux inclinaisons variables du bassin.

Il est facile de comprendre que lorsque ces deux pelotes sont appliquées sur la crête iliaque et l'épine antérieure et repoussées en dedans grâce à la tige munie d'un pas de vis qui prend son point d'appui sur l'arc métallique, on puisse fixer solidement le bassin, non seulement latéralement mais dans le sens antéro-postérieur en le pressant fortement contre le moule appliqué sur le sacrum.

Lorsque le malade est ainsi fixé, on sent d'une façon manifeste que le bassin offre une résistance très nette qui permet d'agir sur le fémur comme un levier et d'avoir, lorsqu'on cherche à mouvoir l'articulation, la sensation très nette des désordres qu'on veut produire. Cette sensation n'existe pas lorsque le bassin est fixé par des aides.

Il est bon d'ajouter que, grâce à la mobilité des pelotes, cet appareil peut servir à plusieurs individus dont les bassins diffèrent, car j'ai pu l'employer avec succès chez deux hommes et trois femmes.

Ses usages peuvent être multiples, puisqu'il permet soit de redresser le membre inférieur par des séances successives, soit de rompre les adhérences en une seule séance, soit même de provoquer une fracture du col du fémur, ce qui remplacerait l'ostéotomie pour produire un redressement impossible autrement. Le malade dont M. Bouilly vient de vous raconter l'histoire, est un exemple très net de ce que l'on peut obtenir par cet appareil. J'ai

pu, dans des circonstances analogues, pour des coxalgies anciennes ou récentes, redresser d'une façon complète le membre inférieur, placé auparavant dans une situation très défectueuse.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

NICAISE.

Séance du 8 mars 1882.

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine.* — *Les Archives de médecine.* — *Bulletin de Thérapeutique.* — *Bulletin de la Société médicale du Nord.* — *Revue médicale du Nord.* — *Revue médicale de l'Est.* — *Marseille médical.* — *Revue médicale.* — *Journal de médecine de l'Ouest.* — *Lyon médical.* — *Revue militaire de médecine et de chirurgie.*

3° *British medical.* — *The Practitionner.*

4° Une lettre de M. Ollier, membre correspondant.

Dans sa lettre, M. Ollier rappelle que depuis longtemps il a, au sujet des amputations sous-périostées, proposé ou appliqué les deux procédés du simple lambeau périostal, ou de la manchette périostique. Je les ai proposés, dit-il, après mes expériences de 1858, comme on peut le voir dans les dernières pages du mémoire que j'ai publié dans le *journal de Physiologie de Brown-Séquard*, janvier et mars 1859. — J'ai résumé mes opinions et ma pratique dans le dernier chapitre de mon livre sur la *Régénération des os.* Bruninghausen est le seul (avec van Onsenoort) qui eût proposé un procédé analogue en 1818, mais ce procédé était tout à fait abandonné quand je l'ai proposé de nouveau.

J'adresse à la Société sur ce sujet une note intitulée : *Des amputations et des désarticulations sous-périostées.*

Lecture en sera donnée dans une prochaine séance.

5° M. Verneuil offre à la Société, de la part de M. Daniel Mollière, membre correspondant, un mémoire *sur la hernie étranglée* et un mémoire *sur la gangrène gazeuze.*

6° M. de Saint-Germain offre de la part de M. Reliquet, une brochure sur la *Lithotritie rapide.*

7° M. Puel, membre correspondant, adresse un mémoire intitulé : *Recherches anatomiques et expérimentales sur le méeanisme de l'hémostase, par diverses attitudes particulières des membres* — (Lecture en sera donnée dans une des prochaines séances).

8° M. Forget offre à la Société une brochure publiée en 1863 et intitulée : *de l'Ostéogénie périostique et des résections sous-périostées à la Société de chirurgie.*

9° M. Verneuil offre, au nom de M. Chrétien, de Nancy, une note sur *l'amputation des doigts surnuméraires.* — (M. Verneuil, rapporteur.)

10° M. Polaillon offre, au nom de M. Martel, de Saint-Malo, une *observation de mort pendant l'anesthésie chloroformique.*—(M. Polaillon, rapporteur.)

A propos du procès-verbal.

M. Poncet, de Cluny, pour corroborer l'assentiment donné aux *amputations sous-périostées*, par MM. Nicaise et Trélat, communique trois observations de ce genre.

La dernière en date est une amputation du bras à la partie supérieure, que j'ai pratiquée le 26 février dernier, pour un coup de feu dans le coude, avec hémorragie. Le décollement du périoste dans cette région est plutôt trop facile que pénible, et il est utile de ne pas trop se laisser entraîner à creuser le moignon. Des suites de cette amputation je ne puis encore rien dire, sinon que mon malade n'a déjà plus de fièvre, et que ce matin même la réunion de la plaie est parfaite, sans suppuration profonde.

Mes deux autres observations sont beaucoup plus anciennes.

L'une d'elles remonte à trois ans. C'est une amputation de la jambe au lieu d'élection pratiquée le 13 janvier 1879 à Philippeville sur le nommé P... pour une carie ancienne du pied et du cou-de-pied avec éléphantiasis. La température n'a jamais dépassé 37°,2; la cicatrisation était parfaite dès le 8 février, par le pansement au coton et à l'acide phénique. J'ai pu suivre ce malade et voici l'état de son moignon

constaté le 17 février 1881 par mon collègue et ami M. le médecin principal Jules Sarazin. « Le moignon est fort beau, sans amaigrissement et sans douleur, il mesure 32 centimètres de circonférence à la section osseuse. La cicatrice forme une ligne antéro-postérieure avec minimum de tissu inodulaire. La surface de section du tibia sur laquelle glisse librement la peau et la cicatrice, est arrondie et comme mamelonnée. L'extrémité inférieure du périoste, dans la profondeur des muscles, semble offrir la même disposition. La pression sur le tibia, à cette extrémité hémisphérique, nous a laissé l'impression d'une régénération osseuse. »

La troisième observation est encore une amputation de jambe que j'ai pratiquée à l'hôpital Saint-Martin, sur le nommé B..., soldat, âgé de 22 ans, pour une fracture bimalléolaire avec large plaie, issue des os, et gangrène consécutive des parties molles. L'amputation avec étui de périoste, a été faite le 1er juillet. Les suites en ont été aussi simples que possible, et la cicatrisation était déjà solide à la fin de juillet (pansement de Lister incomplet). Notons cependant l'élimination de 2 petites esquilles, dont la plus forte avait 15 millimètres de long sur 5 de large et 3 d'épaisseur. Ce malade eut un accident; alors que la cicatrisation était faite, il fit une chute sur son moignon, d'où un épanchement sanguin, qui en s'ouvrant permit de constater, en avant du tibia, la formation d'une coque osseuse, qui mit un mois à s'obturer. Cet homme fut réformé et voici l'état de sa jambe à la date du 13 février 1881 : Le moignon est cylindrique, bien conformé, amplement garni de muscles jusqu'à la périphérie. Quand on recherche la section du tibia, on reconnaît qu'en avant du trait de scie, existe une production osseuse, en champignon, recouverte d'une enveloppe fibreuse, qui fait partie intégrante de la cicatrice profonde. Le périoste présente les mêmes dispositions, il est mobile isolément, et porte aussi un champignon osseux et un tractus fibreux.

J'ai revu ce malade à la fin de février 1882, c'est-à-dire 20 mois après l'opération; et j'ai pu constater avec notre médecin en chef, M. le médecin principal Dauvé, l'état suivant :

Le moignon est toujours cylindrique, présentant une cicatrice froncée centrale, non douloureuse et solide. En avant du trait de section du tibia existe une éminence osseuse irrégulière, mamelonnée, qui se combine avec une autre production analogue du péroné, le tout formant une masse solide reliée à la peau par un tissu fibreux assez lâche, permettant la mobilité de la cicatrice.

Il résulte donc de ces deux derniers faits, que l'amputation sous-périostée telle que je l'ai décrite après le siège de Strasbourg, en 1872, donne un moignon cylindrique à base large, contenant une production osseuse disposée en champignon dans la cicatrice.

Le mode opératoire que j'ai employé diffère un peu de celui décrit par MM. Ollier et Houzé de l'Aulnoit; mon but a été de restreindre au-

tant que possible la surface sanglante de l'amputation, et nulle autre surface n'est plus petite que celle fournie par la section plane des muscles au milieu desquels se trouve l'étui périosté, dont la longueur doit être égale à celle du rayon du membre moins la hauteur de la manchette cutanée disséqué . Pour les membres à un seul os, l'opération ne présente aucune difficulté, le périoste se décolle très facilement au point de rendre les désarticulations possibles par ce procédé; mais pour la jambe, j'avoue avoir éprouvé des difficultés chez mon second malade fortement musclé. La section du tibia est difficile à pratiquer au fond de l'étui du périoste, on y arrive en rétractant fortement les chairs : toutefois, il serait préférable de pouvoir sectionner l'os au fond même de cet entonnoir fibreux; je ne désespère pas d'y arriver au moyen d'une scie à chaîne américaine coudée, à laquelle M. Mathieu travaille sur ces indications.

Il y a eu, dans ces deux amputations, une particularité que je crois utile de signaler : en coupant l'os avec la précaution de ne pas léser le périoste, il arrive qu'une partie de l'extrémité osseuse restant à son périoste décollé. Il n'y a nul danger, malgré cela de voir, comme l'a dit M. Pozzi, un séquestre en rondelle se produire, le tissu fibreux se recolle et l'os vit suffisamment par sa moelle et ses vaisseaux intérieurs.

Quant au bourgeonnement osseux produit par la gaine périostique, il est indiscutable qu'il a lieu même chez les hommes d'un certain âge; mon premier amputé avait près de 50 ans. Cette production sera-t-elle permanente? est-elle utile? est-elle dangereuse? C'est ce que le temps et l'expérience nous apprendront. Mais jusqu'ici je ne vois que des avantages à la formation d'un moignon non conique à base large et bien nourri, sans que la cicatrice solide soit trop adhérente. Il me semble même que pour les malades, et c'est le cas de mon dernier amputé, qui ne veulent pas marcher sur le genou et désirent porter une jambe articulée, la traction exercée inévitablement sur la cicatrice par le bracelet sous-rotulien, sera beaucoup mieux supportée. Les bourgeons osseux de nouvelle formation me semblent donc propices à la solidité de la cicatrice.

J'aurai l'honneur de présenter à la Société mon dernier opéré du bras à sa guérison.

M. Pozzi communique à la Société l'observation de la malade qu'il a présentée dans la dernière séance :

Ankylose osseuse rectiligne du coude gauche consécutive à une ostéite épiphysaire. — Persistance de trajets fistuleux entretenus par une carie très étendue. — Résection sous-périostée sans ablation d'une zone de périoste. — État du membre six mois après l'opération,

par S. Pozzi, agrégé, chirurgien des hôpitaux.

N... P..., âgée de 18 ans, brune, petite, d'une bonne constitution. Sa mère est morte d'une affection aiguë de la poitrine. Son père, ses frères et ses sœurs se portent bien.

Aucun antécédent de scrofule durant son enfance.

A l'âge de 13 ans, en 1875, elle a eu une rougeole. Dans la convalescence, abcès épiphysaire au condyle externe du fémur gauche, bientôt suivi d'un autre abcès à l'extrémité supérieure du premier métacarpien, à la main gauche. Simultanément apparition d'un abcès au niveau de l'olécrâne et d'un abcès au-dessus de l'épitrochlée, à gauche. Tous ces abcès évoluèrent d'une façon subaiguë, mettant plusieurs semaines à s'ouvrir et sans provoquer beaucoup de fièvre. Pendant qu'ils suppuraient encore, apparition d'une quatrième collection purulente en arrière du coude droit, puis d'une cinquième vers la tête du premier métatarsien, au pied gauche.

Par les orifices fistuleux qui succédèrent à toutes ces ouvertures, des esquilles furent éliminées du premier métatarsien et du premier métacarpien, puis la cicatrisation survint. Elle fut plus tardive pour le coude gauche, et en 1879 seulement, trois ans après son apparition, l'abcès sus-épitrochléen se ferma. Le coude n'avait pas été maintenu dans la flexion, malgré les prescriptions du médecin, car cette attitude était très douloureuse. Il était donc demeuré dans l'extension, et l'ankylose rectiligne paraissait être complète dès cette époque ; il y avait encore pourtant des mouvements de pronation et de supination.

Un peu avant l'oblitération de l'orifice postérieur apparut un nouvel abcès au pli du coude ; il s'ouvrit spontanément : des injections faites par cette ouverture ressortirent pendant quelque temps par l'orifice olécrânien, puis celui-ci se cicatrisa, tandis que l'orifice antérieur de nouvelle formation continuait à verser du pus. C'est à cette époque, au commencement de 1881, que la pronation et la supination disparurent peu à peu. Il faut joindre à ces symptômes des fourmillements dans les doigts et des douleurs vives et subites dans le bras et l'épaule, comme si un peu de névrite de voisinage s'était produite. L'atrophie du bras date aussi de ce moment, d'après la malade. En résumé, tandis que toutes les autres suppurations épiphysaires étaient demeurées circonscrites et superficielles, celle du coude gauche paraît s'être attaquée successivement aux trois extrémités articulaires et avoir amené d'abord l'ankylose huméro-cubitale, puis l'ankylose radio-cubitale. Ainsi se sont trouvés complètement abolis les mouvements du coude, immobilisé dans l'attitude la plus défavorable à l'accomplissement de ses fonctions.

La malade entre à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, lit n° 20, le 11 août 1881.

État actuel : La malade ne paraît nullement affaiblie, elle ne se plaint que de sa difformité qui lui rend tout travail pénible et de la suppuration peu abondante, mais intarissable, du pli du coude. Cicatrices adhérentes au squelette au niveau des points anciennement atteints d'ostéite épiphysaire : le condyle interne du fémur gauche, — premier métacarpien gauche, olécrâne droit, — olécrâne gauche. De plus, orifice fistuleux à la partie interne du pli du coude gauche, par où le stylet arrive rapidement sur une masse osseuse dénudée, qui paraît être l'apophyse coronoïde du cubitus. Atrophie considérable du membre, marquée surtout dans son segment supérieur. Tous les muscles du bras et le deltoïde sont maigres et flasques et réagissent très peu sous l'influence de l'électricité. Les muscles de l'avant-bras sont un peu moins développés que du côté droit ; cependant leurs masses épicondyliennes et épitrochléennes forment encore une saillie assez forte, qui contraste singulièrement avec l'extrême maigreur du bras qui les surmonte. La main gauche est un peu plus petite que la droite : il y a longtemps que la malade s'est aperçue de cette particularité intéressante. Extension complète de l'avant-bras sur le bras ; le membre est en demi-pronation. Il est absolument impossible de faire exécuter le moindre mouvement de flexion ou de rotation au coude ; on n'a même pas dans ces manœuvres la sensation d'un degré quelconque de flexibilité. Le coude est très déformé : il est plus cylindrique qu'à l'état normal, et il paraît y avoir un certain degré de subluxation en arrière du radius.

La résection est pratiquée le 23 août par le procédé en baïonnette de M. Ollier, et en se conformant aux règles qu'il a établies pour les cas de ce genre. La malade étant anesthésiée avant de faire l'incision, on avait essayé, en déployant une grande force, de rompre l'ankylose ; tous les efforts avaient été inutiles. Ce n'est qu'après avoir séparé au ciseau, à coups de maillet, le condyle externe de la cupule radiale avec laquelle il était intimement soudé, que l'on peut ensuite, par une flexion forcée, rompre l'ankylose huméro-cubitale.

Les os sont très largement cariés ; il existe en avant un gros séquestre formé par des ostéophytes de nouvelle formation qui ont été à leur tour atteints par l'ostéite. La cloison intermusculaire interne est ossifiée et forme une lame tranchante de 4 ou 5 centimètres de longuenr. On doit enlever avec la pince-gouge une assez grande quantité de tissu osseux altéré, après avoir fait la section avec la scie. On peut évaluer à 8 centimètres la longueur totale des os excisés. Devant l'étendue de cette perte de substance qui rend toute nouvelle ankylose improbable, on juge inutile d'enlever une zone circulaire de périoste, malgré le précepte de M. Ollier. L'opération a été considérablement facilitée par l'application de la bande élastique. Après son ablation, quelques artérioles sans importance

sont liées, des drains sont placés dans le fond de la plaie dont les deux extrémités sont réunies avec des fils d'argent. Un appareil ouato-phéniqué et silicaté succède bientôt à la gouttière où le membre était recouvert de tarlatane imbibée d'eau phéniquée pendant les huit premiers jours.

Rien de notable dans les suites de l'opération. Dès la fin de la troisième semaine, on commence à faire effectuer des mouvements. La plaie se ferme rapidement. Au bout d'un mois, les drains sont enlevés, et on commence à électriser les muscles de l'épaule et du bras. Leur atrophie est telle que, dans les premières séances, le deltoïde, le biceps, le triceps et le brachial antérieur ne répondent *pas du tout* à l'excitation électrique, quelle que soit la force du courant employé. Le trajet des drains est long à se cicatriser; il ne s'élimine pourtant aucune esquille de quelque importance, mais, à deux ou trois reprises, on trouve une parcelle osseuse dans le pansement.

Voici quel est l'état de l'opérée le 1er mars, six mois après la résection :

Le membre est dans la rectitude complète ; il y a cependant toujours une légère tendance de la main à la pronation dans l'extension complète.

Les muscles du bras ont repris une certaine épaisseur, notamment le deltoïde qui fait une saillie marquée. Le biceps est également appréciable sous la peau. Le triceps est encore notablement atrophié. Quant aux muscles de l'avant-bras, ils ont un volume presque égal à celui du côté sain; mais tout le membre est, comme nous l'avons dit, un peu moins développé à gauche qu'à droite, et la main de ce côté est plus petite.

Toutes les cicatrices sont fermées. Il existe pourtant au niveau de l'épitrochlée un pertuis minuscule qui laisse suinter un peu de sérosité ; il existe à ce niveau un peu de sensibilité à la pression.

En examinant la nouvelle articulation, on trouve très peu d'écartement entre l'humérus et les deux os de l'avant-bras; toutefois, il existe des mouvements de latéralité, mais peu étendus.

L'extrémité humérale paraît renflée, sans qu'il soit possible de sentir la moindre *production malléolaire*. Le cubitus se termine supérieurement par une extrémité courbe formant une sorte de crochet, évidemment de nouvelle formation.

La malade peut maintenir à bras tendu une livre et demie (750 grammes).

Elle peut soulever de terre un poids de 10 kilogrammes en faisant agir surtout les muscles de l'épaule.

La flexion de l'avant-bras sur le bras s'exécute facilement par un double mécanisme : 1° action directe du biceps et du brachial anté-

rieur; 2° élévation du bras à l'aide des muscles de l'épaule et flexion de l'avant-bras sur le bras, grâce à la pesanteur.

Toutefois, ce second mécanisme qui était très marqué encore le mois dernier, tend de plus en plus à disparaître et l'action musculaire joue le plus grand rôle actuellement.

La malade peut ainsi se servir de son bras pour manger, s'habiller, se coiffer, etc.

La main gauche a une force sensiblement normale.

Quand on invite la malade à lever le coude et à le maintenir en dehors, l'avant-bras étant fléchi, elle ne peut le maintenir dans cette attitude que pendant un très court espace de temps.

Cette difficulté est due à l'atrophie des muscles du bras qui est encore assez marquée.

Dans tous ces mouvements exécutés, on n'observe jamais le *rapprochement préalable* des extrémités osseuses, comme on le voit dans les cas où la laxité néo-articulaire est exagérée.

Mouvements de pronation et de supination d'environ 80°, lo radius tournant autour du cubitus immobile.

Rapport

Sur une lecture de M. Blum, intitulée : *Deux cas d'élongation du sciatique pour névralgie rebelle*,

Par M. le D[r] GILLETTE.

Messieurs,

J'ai été chargé de vous rendre compte, au nom d'une commission composée de MM. Desprès, Delens et Gillette, de deux nouveaux exemples d'*élongation nerveuse* pratiquée pour une *sciatique rebelle*, qui vous ont été communiqués, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, par M. Blum, agrégé de la Faculté et chirurgien du Bureau central.

Ces deux cas viennent s'ajouter à ceux déjà nombreux qu'un de mes élèves, le D[r] Joseph Nicolas, a rassemblés dans une thèse récente *sur le traitement de la névralgie sciatique par l'élongation du nerf.*

Dans l'un de ces faits, qui me paraît assez concluant, l'élongation a répondu au but que ce chirurgien s'était proposé ; dans l'autre, le résultat a été beaucoup moins probant.

La *première observation* a trait à un homme de 39 ans, du service de M. Desnos, à la Pitié, atteint de sciatique gauche depuis

deux années. Traitement médical et chirurgical avait été employé sans succès. Il existait une atrophie notable du membre. L'élongation du sciatique est faite le 26 mars 1878, au-dessous du bord inférieur du grand fessier, à l'aide de l'index recourbé en crochet (traction dans le sens central et périphérique). Le nerf est hyperémié; pansement alcoolisé; le malade est pris de deux crises nerveuses, avec grincements de dents, mouvements désordonnés, convulsions cloniques à deux reprises différentes, une demi-heure après l'opération et une heure plus tard; la plaie met six semaines à guérir et les douleurs ne disparaissent que trois mois après l'opération; l'atrophie a persisté. Deux ans et demi après l'élongation, le malade a été revu par M. Blum, et la guérison s'était maintenue.

Dans la *seconde observation*, M. Blum avait affaire à une névralgie très probablement symptomatique d'une affection de la colonne vertébrale chez un charbonnier de 31 ans, à l'hôpital Tenon. Le 10 mai 1880, il fit l'élongation également à la partie supérieure de la cuisse droite, à l'aide des deux index recourbés en crochet. Fourmillements et douleurs comparables à celles déterminées par le fer rouge, quelques heures après l'opération. Ces douleurs sont mêmes plus vives que celles que le malade ressentait avant d'être élongé. Sensibilité conservée. La plaie met six semaines à peu près à se cicatriser, et ce n'est que trois mois après l'opération que le malade sent une amélioration très notable; mais il n'y a pas guérison complète.

Messieurs, pour l'ataxie locomotrice, dont je vous ai déjà entretenus à la fin de 1880, pour l'épilepsie, le tétanos, l'efficacité réelle des résultats fournis par l'élongation nerveuse laisse encore bien des doutes et nous devons nous garder d'ajouter une foi entière aux récits souvent trop merveilleux qui nous viennent de l'étranger. Il n'en est pas de même en ce qui concerne la sciatique, j'entends la névralgie chronique essentielle, dégagée de toute altération osseuse probable, pour laquelle on a essayé, pendant des années entières et sous toutes les formes, le traitement médico-chirurgical, et qui constitue un supplice de chaque instant pour les personnes qui en sont victimes; en pareille circonstance, l'élongation me semble une application thérapeutique fort logique; or, c'est dans des conditions analogues que M. Blun a agi tout au moins chez l'un des deux malades dont je viens de vous retracer l'histoire d'une façon succincte, et je ne saurais l'en blâmer. Il a obtenu, en somme, un bon résultat; deux ans et demi après l'élongation le malade a été revu par lui : il n'avait plus la moindre douleur et se plaignait seulement d'un peu de faiblesse dans le membre opéré lorsqu'il se livrait à des exercices fatigants.

Pour le second malade, je ne puis tenir le même langage : il était atteint d'une névralgie très probablement symptomatique d'affection osseuse, que M. Blum avait certainement soupçonnée, bien qu'il n'en fasse pas mention dans le courant de l'observation. L'opération fut pratiquée le 10 mai et nous voyons, le 23 novembre suivant, que le malade marche bien, mais se fatigue vite, que les douleurs sont très notablement *diminuées*, mais qu'il en existe à la pression du sciatique, tout le long de la cuisse : de plus (et c'est là un phénomène de grande importance) *il commence à se plaindre de quelques douleurs analogues dans le membre inférieur gauche*. Évidemment, dans ce dernier cas, la douleur névralgique n'était qu'un épiphénomène d'une affection bien plus grave, qui dominait la scène et qui se traduira tôt où tard par des symptômes nets et précis ; il eût mieux valu, à mon avis, s'abstenir de toute tentative et ne pas pratiquer une élongation qui n'a été, en somme, que palliative, rien de plus, et encore d'une façon passagère.

M. Blum a cru devoir choisir comme siège d'élongation du sciatique, à l'exemple de bien d'autres chirurgiens, la partie supérieure de la cuisse, le niveau du bord inférieur du muscle grand fessier ; c'est là une pratique à laquelle je ne saurais tout à fait souscrire, pour les deux raisons suivantes : d'abord, la plaie faite à ce niveau est plus difficile à panser et peut se trouver souillée par les déjections; ensuite, il est plus prudent de s'éloigner autant que possible du centre médullaire lui-même : c'est pourquoi, dans toutes les élongations que j'ai pratiquées, j'ai choisi la partie moyenne de la face postérieure de la cuisse. J'ai pu, du reste, me rendre compte *de visu*, sur le cadavre, des mouvements, des secousses que l'élongation du nerf sciatique communique à la moelle : pour cela faire, après avoir dénudé le tronc nerveux, j'ai coupé toute la partie postérieure du rachis, depuis la dernière lombaire jusqu'à l'atlas ; il est facile alors de sentir, à l'aide des doigts plongés dans le canal rachidien, les mouvements de la moelle au moment où un aide exerce une traction sur le sciatique ; c'est là une expérience que j'ai faite une première fois, en 1880, avec M. Felizet, chirurgien du Bureau central, et que depuis j'ai répétée à plusieurs reprises. Les crises nerveuses, que je n'ai pas observées sur mes opérés, mais que les deux malades de M. Blum ont présentées à un très haut degré, sont aussi une excellente preuve clinique de l'ébranlement transmis à la moelle ; enfin, dans le même ordre d'idées, je signalerai les douleurs qui apparaissent immédiatement après l'élongation ou le jour suivant, dans le membre inférieur de l'autre côté : j'ai été à même de les observer sur les deux femmes que j'ai opérées et dont l'histoire est consignée dans la thèse citée plus haut.

Telles sont les raisons qui me font choisir, comme lieu d'élon-

gation, la partie moyenne de la cuisse ou le bord inférieur du grand fessier.

M. Blum emploie, pour exercer la traction sur le nerf, soit un, soit deux doigts recourbés en crochet. Beaucoup d'autres chirurgiens font de même ; enfin, plusieurs se sont servis de la sonde cannelée. Ce dernier moyen me semble devoir être écarté en raison du danger qu'il y a de contondre et d'entamer le névrilème avec les bords plus ou moins tranchants de l'instrument.

Je crois, en somme, que ces modes de traction, quels qu'ils soient, laissent toujours un inconnu bien important dans le manuel opératoire de l'élongation, je veux parler de l'appréciation exacte de la force employée pour élonger le tronc nerveux. L'instrument (élongateur-dynamomètre) que j'ai eu l'honneur de vous présenter, et qui est gradué à un nombre limité de kilos, permet d'arriver à une mesure précise.

Maintenant, quelle force de traction doit-on employer pour élonger suffisamment le nerf sans crainte de rupture ou d'arrachement ? Les opérations sur le cadavre pouvant seules nous éclairer à cet égard, j'ai cherché à me rendre compte de la résistance du sciatique sur un certain nombre de sujets, et je vous demande la permission de vous communiquer les résultats que j'ai obtenus.

Mes expériences, faites à Bicêtre, sur des vieillards hémiplégiques, paralytiques généraux, cancéreux, cardiaques, c'est-à-dire dans les plus mauvaises conditions de résistance des tissus, ont porté sur 23 cadavres dont les nerfs sciatiques gauche et droit ont été successivement tirés en employant le dynamomètre.

Le cadavre, reposant sur le côté correspondant au membre opéré, ce dernier était maintenu étendu pendant les manœuvres, mais sans grande force : le nerf était préalablement dénudé sur une longueur d'environ deux centimètres. La traction était exercée, bien perpendiculairement à la surface du membre, par deux et même trois personnes qui tiraient sans secousses, d'une manière continue et non brusque, jusqu'à rupture ou arrachement du cordon nerveux. Nous pouvions, de cette façon, nous rendre compte du moment où surviennent les craquements, qui ont lieu bien avant la solution de continuité du sciatique. Le dynamomètre, placé au milieu de l'axe de traction, nous indiquait le nombre de kilogrammes supporté par la résistance du nerf.

TABLEAU.

Pour 23 élongations du *sciatique gauche.*

Sur 7 sujets je n'ai pas obtenu de *rupture*, mais bien l'*arrachement* du nerf et d'une partie de la queue de cheval avec une force de :	200 kil.	Cardiaque.
	135	—
	130	—
	140	—
	110	—
	105	—
	95	—
Hemiplégique...	90 kil.	Rien.
Homme de 40 ans mort d'une fracture du crâne..	200 k.	Ni rupture ni arrachement.
14 sujets. Rupture du nerf à	135 kil.	Cancéreux.
	125	—
	115	—
	110	—
	105	—
	95	—
	90	—
	87	—
	85	—
	75	—
	65	—
	61	—
	42	—
	2	—

Dans ce dernier cas (hémorrhagie cérébrale ancienne) le toucher seul faisait voir que le nerf était presque diffluent.

Pour 22 élongations du *sciatique droit.*

Sur 5 sujets pas de *rupture*, mais *arrachement* avec une force de..........	200 kil.	Paralytique.
	130	—
	100	—
	100	—
	75	—
1 sujet.............	65 kil.	Rien.
16 sujets. Rupture du nerf à	165	—
	130	—
	120	—
	115	—
	115	—
	110	—
	105	—
	100	—
	95	—
	90	—
	90	—
	85	—
	75	—
	66	—
	50	—
	45	Vieille femme morte d'étranglement herniaire.

Par ces quelques chiffres, messieurs, on voit donc que le nerf sciatique offre un degré de résistance assez considérable et comme, bien que l'un de mes élongateurs soit gradué à 45 kilogrammes, je n'ai jamais dépassé, sur le vivant, 18 à 20 kilogrammes de traction, plutôt moins que plus, le chirurgien ne peut jamais, selon moi, avoir à redouter la rupture ou l'arrachement du tronc nerveux.

Dans leur Revue générale sur *l'élongation des nerfs*, MM. G. Artaud et H. Gilson (*Revue de chirurgie*, 10 février 1882) donnent le conseil, pour le sciatique, de ne pas dépasser une force de 40 kilogrammes. Cette traction est trop considérable, et pour ma part malgré la sécurité que me paraissent assurer les résultats obtenus par moi à Bicêtre, je dirai : *il ne faut jamais déployer une force de traction supérieure à 20 kilogrammes.*

Quoi qu'il en soit, malgré ces petites différences d'interprétation, portant principalement sur le manuel opératoire, et que je viens de vous signaler, je pense que les deux observations d'élongation du sciatique que vous a lues M. Blum méritent d'être conservées, car elles trouvent naturellement leur place à côté des faits, déjà connus et relatés dans la *Revue critique* de notre collègue le docteur Chauvel et dans la thèse de M. Nicolas, à savoir ceux de Chiene,

Patruban, Masing, Ménard de Saint-Maurice, Robertson, Pooley, Mackintosh et de bien d'autres encore; aussi vous proposerai-je de les renvoyer au comité de publication.

Discussion.

M. Berger. La force qu'il est nécessaire d'employer dans les élongations ne peut pas être déterminée d'une manière exacte par les instruments; elle varie avec les adhérences du nerf à sa gaine. Celles-ci en se déchirant produisent une petite crépitation fine, que l'on obtient avec une force variable, selon les cas; on la produit aussi en faisant la traction avec la main.

J'ai eu deux fois l'occasion de faire l'élongation des nerfs, la première fois dans un cas de maladie de Parkinson, je fis l'élongation du nerf sciatique à sa partie supérieure; dans le second cas, il s'agissait d'une ataxie avec douleurs fulgurantes. J'eus nettement la sensation de crépitation, la plaie suppura un peu; le malade ne retira pas de bénéfice de l'opération.

Par contre, je vis, dans le service de M. Hardy, un homme ataxique également, qui avait une suppuration sous le muscle crural à la suite d'une injection de morphine; je dus faire une incision profonde et à la suite de cette opération les douleurs disparurent complètement; ce résultat a été attribué à l'influence du traumatisme qu'avait subi le malade.

M. Larger. J'ai fait une élongation dans les circonstances suivantes :

Mme F..., 59 ans, est atteinte d'ataxie locomotrice progressive depuis une vingtaine d'années. Elle souffre surtout depuis 8 ans, et se faisait pratiquer des injections de morphine depuis cette époque. Depuis un an environ les injections morphinées, plusieurs fois répétées par jour, ne lui procurent qu'un soulagement presque inappréciable. Les crises deviennent de plus en plus fréquentes, et les douleurs plus atroces (en ceinture, fulgurantes, surtout à droite). Je propose à la malade de lui faire l'élongation du nerf sciatique droit. L'opération est acceptée et pratiquée le 12 décembre 1881. Chloroformisation complète et facile. Incision de 12 centimètres environ à la région postérieure et médiane du tiers moyen de la cuisse droite. Le nerf sciatique est mis à découvert et dénudé sur une étendue minime. Je passe avec précaution une sonde cannelée sous le nerf, en lui imprimant des mouvements de va et vient, dans le but d'agrandir l'ouverture de la gaine et de permettre à mon index de s'y insinuer. Alors, le membre étant maintenu droit par un aide, je soulève avec précaution le nerf sur l'index recourbé en crochet, et, par une traction douce, mais soutenue et extrêmement lente, je l'amène à 3 à 4 centimètres au plus au-dessus du niveau de la peau (la malade est très maigre). A ce moment un léger

craquement se fait entendre : aussitôt mon index lâche le nerf qui reprend immédiatement sa place. Cette manœuvre est ensuite répétée.

Les tractions ont lieu les deux fois dans une direction légèrement oblique à la surface de la peau : d'abord, de la racine du membre vers l'extrémité de celui-ci, puis en sens inverse. Ceci fait, je saisis le nerf entre le pouce et l'index de chaque main, et l'étire lentement suivant sa longueur. Je m'arrête aussitôt que je le sens s'allonger entre mes doigts. Je ne saurais mieux comparer cette sensation qu'à celle que l'on éprouve en étirant un bâton de pâte de guimauve.

La plaie est fermée entièrement par une douzaine de points de suture, à l'aide de crins de Florence. La commissure inférieure de la plaie est seule laissée entr'ouverte. Pas de drain. Pansement de Lister et compressions à l'aide d'une grosse éponge. La malade est maintenue immobile dans son lit. — Au bout de 48 heures, section de la moitié des fils, mais en les laissant en place. Renouvellement du pansement de Lister.

Le quatrième jour, tous les fils sont enlevés : la réunion immédiate est complète. Cuirasse de diachylon recouverte du pansement de Lister qui a déjà servi. — Le sixième jour, la malade quitta le lit, et le dixième, au lever du pansement, il reste une cicatrice linéaire ; la malade marche et se sert de son membre sans aucune douleur, mais avec une légère parésie. Il n'y a pas eu un seul instant de fièvre.

Pendant trois semaines environ, la malade éprouva une notable amélioration. Les douleurs ont entièrement disparu dans la jambe droite (côté opéré) ; elles reviennent entre temps, mais très atténuées dans la jambe gauche : les douleurs en ceinture sont un peu plus accentuées que celle de la jambe gauche, mais cèdent facilement à de très rares injections de morphine.

Malheureusement les crises douloureuses ne tardent pas à revenir petit à petit avec leur intensité première et dans l'ordre suivant : les douleurs en ceinture d'abord, puis celles de la jambe gauche, enfin celles de la jambe droite (opérée).

Aujourd'hui, c'est-à-dire trois mois après l'opération, l'état de la malade est celui-ci. La marche se fait comme auparavant, sauf une légère tendance qu'a la cheville droite à tourner par moments. Les crises douloureuses ne sont pas tout à fait aussi fréquentes, mais elles sont aussi aiguës qu'elles l'étaient avant l'opération ; mais, point important, les injections de morphine amènent à leur suite un soulagement immédiat ; tandis qu'auparavant, leur effet était à peu près nul. C'est là, en somme, tout le bénéfice que la malade a retiré de l'opération; mince résultat sans doute, mais dont la malade apprécie tellement la valeur, qu'elle se déclare prête à subir de nouvelles élongations, s'il en était besoin dans l'avenir.

M. Gillette a fait des expériences intéressantes ayant pour but de déterminer quel est le maximum de l'effort que l'on peut faire; mais il serait également utile de connaître quel est le minimum d'effort nécessaire, et de préciser la manière dont doit être faite l'opération.

M. Desprès. Je n'ai pas fait d'élongations, mais je trouve juste l'idée que M. Berger émettait tout à l'heure au sujet de l'influence d'un traumatisme indéterminé.

J'ai soigné un homme ataxique atteint d'hydrocèle, je lui fis une injection iodée ; pendant tout le temps que dura la résorption de l'épanchement consécutif, il n'y eut aucune douleur; ensuite celles-ci revinrent.

M. Gillette. Je répondrai à M. Berger, que la force des tractions doit varier en effet selon les sujets; elle n'est pas la même sur le cadavre que sur le vivant, chez l'homme que chez la femme.

Ce que je puis affirmer, c'est qu'en tirant sur le sciatique avec une force de 15 à 16 kilos, on est assuré de ne s'exposer à aucun danger.

Quant au siège de l'opération, je ne préfère pas la partie supérieure de la cuisse, car en ce point la suppuration est plus à craindre.

Je ne crois pas que l'élongation agisse comme un traumatisme banal, car les malades ont déjà subi des traumatismes avant l'élongation, la cautérisation au fer rouge, à l'acide sulfurique, et cependant les douleurs ont persisté.

Avec M. Larger, je pense qu'il ne faut pas tirer d'une façon brusque, mais lente et continue.

M. Poncet. La traction dans les deux sens ainsi que l'a pratiquée M. Larger est contraire à la physiologie de l'élongation, telle qu'elle résulte des expériences de M. Laborde. On ne doit tirer que du côté de la moelle, dans le sens de la sensibilité; les tractions sur le bout périphérique exposent à des lésions des plaques motrices (Laborde, Wiett).

M. Forget. Je demanderai à M. Gillette de nous faire connaître la valeur thérapeutique exacte de l'élongation du nerf sciatique.

M. Gillette. Je pourrai répondre à cette question à propos d'une prochaine communication sur l'élongation des nerfs du plexus brachial.

De la cure des fistules recto-vulvaires,

Par M. Verneuil.

Messieurs,

Depuis longtemps je me proposais de porter devant vous cette question, ayant à faire connaître quelques particularités intéres-

santes et j'attendais des faits nouveaux, lorsque notre collègue, M. Monod, m'a fait l'honneur de m'interroger sur un des points les plus importants de l'opération, l'insuccès qui la suit si fréquemment; je lui ai proposé de répondre tout haut, et voici pourquoi je suis à la tribune.

Je vais surtout vous exposer ce que j'ai fait sur ce point de pratique, depuis 15 ans environ; je veux montrer d'où je suis parti, où je suis arrivé et par où j'ai passé.

Peut-être, sans préjudice des conclusions de la fin, sera-t-il bon de débuter par les propositions suivantes :

1° Les fistules recto-vulvaires petites, aisément abordables, très faciles à opérer, sont extrêmement difficiles à guérir.

2° Les procédés américains, si bien conçus, si efficaces dans les cas de fistules vésico-vaginales, échouent le plus ordinairement ici, lors même qu'ils sont irréprochablement exécutés.

3° Les échecs multipliés ont poussé les chirurgiens à modifier sans cesse leur manière d'opérer, mais ces changements n'ont pas eu grand résultat parce que les causes des insuccès ne sont pas suffisamment connues.

4° C'est à la découverte de ces causes qu'il faut s'attacher si l'on veut enfin mener sûrement à bien une opération si minime, si simple, que sa non réussite est une véritable honte pour la chirurgie.

A peine est-il besoin de rappeler ce qu'il faut entendre par fistules recto-vulvaires. Je mets tout à fait à part les fistules recto-vaginales, auxquelles du reste pourraient s'appliquer la plupart des propositions précédentes, mais pour lesquelles on peut invoquer, en cas d'échec, des conditions d'étendue, d'inaccessibilité, de difficultés opératoires qui n'existent point pour les perforations recto-vulvaires.

J'ai dit que cette question m'occupait depuis 15 ans. C'est en 1868 que je fis ma première opération; j'avais déjà à cette époque une grande habitude des sutures vésico-vaginales et la guérison d'une petite perforation de quelques millimètres me paraissait un jeu.

Mes trois premiers cas sont rapportés dans les *Mémoires de chirurgie* (t. 1er, p. 949 et suiv.).

Il s'agissait de perforations situées très près de la vulve, mesurant à peine quelques millimètres de longueur et de largeur, munies de bords souples, minces, ourlés par la rencontre des deux muqueuses. Je fis l'avivement large et oblique aux dépens de la seule muqueuse vulvo-vaginale, et j'obtins, avec 4 sutures métalliques juxtaposées transversalement, une coaptation très exacte.

Dans le premier cas observé à Lariboisière, en 1868, la réunion

manqua complètement après la suture, mais la fistule se ferma peu à peu par la rétraction secondaire en moins de deux mois.

Dans le deuxième cas, opéré l'année suivante, le résultat primitif fut analogue; mais j'obtins le rétrécissement progressif de l'entonnoir granuleux, puis son occlusion, au moyen d'attouchements légers avec le nitrate d'argent.

Je n'avais donc fait, dans ces deux cas, que favoriser le travail de la nature, qui avait su mieux que l'art compléter la guérison.

Obs. 3. — Dans le troisième cas, qu'on trouvera longuement exposé dans mes *Mémoires de chirurgie* (t. 1er, p. 950, 1878), je fis chez une même malade, jeune, bien portante et dans les conditions hygiéniques les plus favorables trois opérations sanglantes successives, sans compter deux cautérisations étendues avec le galvano-cautère. Dans ces trois opérations, je fis l'avivement au bistouri, puis l'application de quatre points de suture. La première fois l'insuccès me parut devoir être attribué à la contraction extrême du sphincter anal et à l'infiltration de gaz intestinaux à travers la ligne de réunion. C'est pourquoi, dans la seconde tentative, je fis la section du sphincter sur la partie latérale à l'aide de l'écraseur linéaire, tout comme s'il se fût agi d'opérer une fistule à l'anus. Cette section n'eut pour résultat que de retarder jusqu'au 5e jour le passage des gaz dans l'interstice des sutures. L'insuccès fut complet.

Dans un dernier essai, je dédoublai le périnée, je cousis la fistule de bas en haut, puis je divisai et dilatai le sphincter d'une façon particulière. Le résultat ne fut pas meilleur.

Je vis bien dès lors qu'il fallait chercher autre chose et me mettre enfin à l'abri de l'insinuation si funeste des gaz à travers la suture. Je crus avoir trouvé le procédé efficace dans l'opération suivante :

Obs. 4. [1] — A. P..., 24 ans, accouchée en juillet 1877. Fistule recto-vulvaire directe, d'un millimètre et demi, à bords minces. Commencement du traitement le 11 février 1878. Cautérisation des bords de la fistule avec une baguette de bois et l'acide sulfurique. L'eschare tomba huit jours plus tard, laissant une plaie granuleuse. Suture le 26 février. On place avec le chasse-fil légèrement courbe, et de bas en haut, les deux points de suture de soutien. Le chasse-fil entre par le périnée, tout près de la vulve, pénètre dans le rectum et reparaît dans le vagin à un centimètre environ du bord supérieur de la surface avivée. A chaque bout de fil on place un grain de chapelet en bois, soit 4 grains, deux vaginaux, deux périnéaux ; des coulants de plomb écrasés servent à fixer les fils d'argent après qu'en tirant sur eux on a mis transversalement en contact les bords de la fistule.

[1] Bruneau, *Fistules recto-vulvaires ; double plan de suture*, thèse inaug., 1878, n° 257, p. 25.

Cette sorte de suture enchevillée efface la dépression rectale, coapte les tissus et fait saillir du côté du vagin les bords vaginaux de la fistule en forme de crète.

On place alors, suivant une ligne horizontale, quatre sutures à points passés sur cette crète; on dilate l'anus avec le spéculum bivalve comme si on opérait une fistule anale et on place dans le rectum une sonde de caoutchouc rouge de 8 millimètres pour soutirer les gaz.

Cette sonde détermine toute la nuit des coliques et des envies d'aller à la selle, qui troublent le sommeil. On constate une légère élévation de température. On supprime le corps étranger et on administre de l'opium. La malade est soulagée. Le thermomètre redescend à 37°,4.

3 mars, première selle.

4 mars. Apparition des règles en avance; la malade affirme qu'elle a senti des gaz passer dans le vagin, et renouvelle son assertion le lendemain. On croit à un insuccès; on attend pour s'assurer de l'état des choses la cessation complète des règles.

Le 12, on se met en mesure d'enlever les sutures. On constate la fermeture complète de la fistule recto-vulvaire, mais on ne peut d'abord retrouver les boules de bois périnéales; elles ont perforé la peau et se sont perdues dans l'épaisseur du périnée; l'une d'elles a presque pénétré dans le rectum de façon à établir à ce niveau une fistule recto-périnéale, par laquelle en effet s'échappent des gaz. Cette petite fistule ayant résisté à deux cautérisations, fut incisée quelques jours après comme une simple fistulette à l'anus et guérit très bien.

L'occlusion de la fistule recto-vulvaire ne s'est pas démentie.

Après ce succès, je crus avoir résolu le problème. Je m'imaginais que je guérirais sans peine les fistules recto-vulvaires et que la création d'une petite fistule périnéo-rectale serait facilement évitée par l'ablation moins tardive de la suture de renfort.

Une occasion se présenta bientôt de mettre à l'épreuve le procédé nouveau.

Une femme de 30 ans, cuisinière, d'une forte constitution et d'une superbe santé apparente, entra à l'hôpital pour une fistule recto-vulvaire tout à fait conforme au type classique. Je l'opérai exactement comme la malade précédente; seulement, dès le quatrième jour, je coupai les fils d'argent au niveau du périnée afin de détendre la suture de soutien et de prévenir la pénétration des boules de bois dans la peau. J'abandonnai à elles-mêmes les boules supérieures, comptant les supprimer avec les autres sutures.

Je laissai celles-ci en tout huit jours en place; mais à peine les avais-je enlevées que je vis la plaie bâiller et donner issue à des matières fécales.

Une nouvelle tentative fut répétée trois mois plus tard. J'essayai cette fois des fils de soie extrêmement fins, craignant que la manière

dont je fixe les fils d'argent ne soit pour quelque chose dans l'insuccès. Le résultat fut exactement le même.

Avant la cicatrisation complète de la plaie, c'est-à-dire sans attendre les deux ou trois mois réglementaires que je recommande de mettre entre chaque nouvelle suture, je fis, trois semaines après l'insuccès, l'avivement superficiel de la plaie avec la curette (sorte de rugination dont je me trouve très bien dans la fistule vésico-vaginale traitée par la réunion immédiate secondaire) et une nouvelle suture, simple cette fois. Malheureusement, malgré l'administration d'un purgatif pris la veille et d'un lavement donné quelques instants avant l'opération, les matières fécales, aussitôt obtenue la résolution musculaire, arrivent en abondance et souillent la plaie. Nous faisons force lavages et donnons un nouveau lavement, mais sans pouvoir arriver à débarrasser l'intestin de la grande quantité de matières fécales qu'il renfermait. Chaque fois qu'on piquait la paroi rectale avec l'aiguille, un effort survenait et faisait sortir un flot de fèces semi-molles.

La réunion de surfaces ainsi contaminées ne me paraissait pas vraisemblable; aussi je serrai mes sutures pour l'acquit de ma conscience, mais je ne fus nullement surpris de constater huit jours plus tard l'insuccès absolu de la réunion.

Je cherchai à m'expliquer ces échecs des deux premières opérations, qui avaient été irréprochablement exécutées (je prononce cette phrase en apparence peu modeste, parce que le procédé opératoire est tellement facile, qu'on a le droit de dire qu'on l'a très bien mis en œuvre). La malade étant cuisinière et la chloroformisation étant chez elle très laborieuse, suivie de vomissements opiniâtres pendant près de deux jours, le soupçon d'alcoolisme était fort légitime, et cet état est évidemment très défavorable au succès des autoplasties. Mais si je pouvais l'incriminer dans les trois insuccès consécutifs que je viens de rappeler, il ne pouvait en être de même dans les trois échecs suivants. Dans ces trois cas il s'agissait en effet de femmes du monde d'une belle constitution, d'une excellente santé, d'une conduite irréprochable et qui, la chose mérite d'être mentionnée, supportèrent le choc opératoire sans que la santé en ait été un seul instant notablement troublée.

Trois fois donc, au cours des années 1880 et 1881, avec le concours de MM. Lecorché, Huchard, Planchon, j'opérai dans les conditions les plus favorables et trois fois j'échouai.

Cette série de 6 insuccès me découragea beaucoup et je crois que j'eusse été peu disposé à recommencer. J'étais surpris surtout de ne pas obtenir de réunion secondaire comme j'en avais eu dans mes deux premiers insuccès de 1868 et 1869. J'avais pourtant bien soin, après chaque insuccès de la réunion, de cautériser avec soin la zone granuleuse et surtout sa grande circonférence pour favoriser la rétraction et l'occlusion de la fistule; mais c'était tou-

jours en vain. Chez une de mes patientes même, que j'opérai avec le Dr Planchon, je fis, outre les attouchements avec le nitrate d'argent, une cautérisation assez énergique avec le thermo-cautère, après anesthésie locale amenée par l'application d'un mélange réfrigérant.

J'en étais là, lorsque je fus mis en présence d'une malade d'un grand courage et qui n'avait guère à se louer de la chirurgie, car elle avait été, dans l' espace de 10 ans, opérée 9 fois ans succès. Elle vint me supplier de faire un dernier effort. Je ne crus pas devoir le lui refuser et je l'admis dans mes salles le 16 juin 1881.

Marguerite Sch... était une femme de 30 ans, mince, grêle, d'assez chétive apparence, mais jouissant néanmoins d'une exeellente santé. Elle était accouchée, en 1870, pour la première et unique fois. Travail de 48 heures; application de forceps; extraction d'un enfant vivant très développé; déchirure du périnée.

En 1871, Marguerite entra dans le service de notre exeellent collègue et ami M. Tillaux, et y séjourna 18 mois. Elle y subit quatre opérations : la première échoua totalement; la seconde eréa un périnée, mais laissa une fistule reeto-vulvaire que les deux dernières sutures ne parvinrent point à fermer. Huit mois plus tard, Marguerite entra dans les salles de Dolbeau et y resta deux ans ; elle y subit sans succès trois opérations sur lesquelles je n'ai pas eu de renseignements préeis.

Elle se déeida, après trois années passées chez elle, à rentrer à l'Hôtel-Dieu. M. le professeur Richet d'abord, puis quelques mois après M. Richelot, firent ehacun une tentative qui n'eut pas plus de résultat que les précédentes. Ce dernier chirurgien, après l'échec de la suture, vers la fin de l'été de 1880, pratiqua la cautérisation au fer rouge.

Voici ce que révèle l'exploration loeale. Grandes et petites lèvres minces; orifices vulvaire et anal bien conformés; traces visibles de l'aneienne périnéorraphie. En écartant les lèvres, et surtout en introduisant dans le vagin le spéculum univalve, on aperçoit aussitôt l'orifice de la fistule, large à peine de 8 à 9 millimètres et situé à 2 centimètres environ de la commissure vulvaire inférieure reconstituée par la suture du périnée. Les bords de la fistule sont minces, souples et pâles, la muqueuse rectale ne fait pas saillie dans l'orifice. Le cas est évidemment fort simple et rien ne paraît devoir s'opposer au sueeès. Je me propose d'employer la réunion immédiate secondaire, et pour donner plus de vitalité aux tissus qui paraissent un peu anémiés, je pratique l'avivement avec le thermo-cautère.

Pour exécuter ee temps assez douloureux avee la lenteur et la précision nécessaires, j'endors la malade. Après avoir eautérisé la muqueuse vaginale autour de l'orifice fistuleux, dans une étendue d'environ 15 millimètres, j'eus l'idée, je ne sais trop pourquoi, de placer le spéculum univalve dans l'anus et d'examiner l'orifiee rectal de la perforation. Je pus faire alors d'importantes remarques.

D'abord, le pourtour de la fistule, bien que très mince, avait été si bien respecté par la cautérisation, qu'en regardant par l'anus, on ne voyait pas trace de l'action du thermo-cautère. Puis je constatai sans peine que, grâce à cette disposition, si on avait appliqué des sutures à la manière accoutumée, on aurait affronté les bords non rafraîchis de la perforation et mis en contact des surfaces avivées uniquement *au devant de cette dernière.*

Enfin, je fus frappé des modifications qu'avait subies la muqueuse rectale. Au lieu d'être rouge foncé, molle et un peu tomenteuse, elle semblait s'être atrophiée dans une étendue de 2 à 3 centimètres autour de l'orifice et s'était en tout cas recouverte d'un épiderme stratifié épais et d'un rose pâle tout à fait semblable à l'épithélium vulvaire.

Comprenant aussitôt l'influence fâcheuse que de telles dispositions pouvaient avoir sur le succès de la suture, je repris séance tenante mon thermo-cautère et fis du côté du rectum une cautérisation périphérique égale à celle que j'avais exécutée sur la muqueuse vulvo-vaginale, et j'y compris également, mais en le touchant très légèrement, l'ourlet de muqueuse tapissant le contour mince de la fistule.

Cinq jours après, j'examinai l'état des choses ; les eschares commençaient à se détacher.

Le 9 juillet, les plaies étant à peu près détergées, je touchai toute la surface vaginale et le contour de la perforation avec le crayon de nitrate d'argent. Le 16, la surface granuleuse ayant le plus bel aspect, je procédai à la suture. La malade étant endormie, je regardai ce qui se passait du côté de l'intestin. Là aussi la plaie était granuleuse et commençait à se rétrécir; je la touchai jusqu'à une petite distance de l'orifice fistuleux, avec un crayon de nitrate d'argent pour retarder encore l'épidermisation; puis j'appliquai de bas en haut quatre points de suture métallique situés à 6 millimètres de distance à l'aide du chasse-fil légèrement courbe, en ayant soin de comprendre dans les anses métalliques toute l'épaisseur des bords de la perforation, dussent les fils apparaître dans le rectum dans une petite étendue. Je ne fis point de suture de soutien.

Naturellement le vagin, le rectum et la vulve avaient été avant, pendant et après l'opération, soigneusement lavés à l'eau phéniquée pour éviter tout contact délétère.

Je ne fis rien au niveau du sphincter, si ce n'est une distension avec le spéculum univalve, assez fortement tiré vers le coccyx. Une sonde en caoutchouc rouge fut placée à demeure dans la vessie. L'opium fut administré suivant l'usage pour obtenir la constipation. Aucun accident ne survint du côté du ventre ni du côté du foyer opératoire. Néanmoins, au quatrième jour, se manifestèrent des envies impérieuses d'aller à la garde-robe. Aussitôt je prescrivis un lavement huileux et l'ingestion par la bouche d'une petite quantité d'huile de ricin. Les selles vinrent en abondance et sans grandes douleurs.

Le surlendemain, j'enlevai les fils et j'eus d'abord la crainte d'un insuccès en trouvant à l'entrée du vagin un peu de matières fécales. Mais la réussite de la suture était complète et les matières avaient

suivi le trajet d'un des fils d'argent. Il y avait donc une nouvelle petite fistulette, qui heureusement se ferma d'elle-même au bout de quelques jours. J'ai revu plusieurs fois l'opérée; la guérison ne s'est point démentie.

Je vais résumer brièvement ma pratique. J'ai commencé par la suture simple, exécutée suivant les règles du procédé américain : avivement large et oblique, portant exclusivement sur la muqueuse vaginale; passage des fils dans l'épaisseur des lèvres de la plaie, sans pénétrer dans le rectum; emploi des sutures métalliques, etc. Cinq fois j'ai mis en usage ce procédé dans sa simplicité, cinq fois j'ai échoué.

Alors, j'y ai apporté des modifications successives suivant que je découvrais ou croyais découvrir les causes de l'insuccès. Accusant d'abord le passage des gaz intestinaux entre les lèvres réunies, j'ai attaqué le sphincter anal de plusieurs façons différentes. Je l'ai divisé loin de la fistule ou immédiatement au niveau de cette fistule; je l'ai soumis à la dilatation forcée, enfin j'ai cherché à soutirer les gaz intestinaux en laissant à demeure, dans le rectum, une sonde flexible en caoutchouc rouge. J'ai réussi dans ce cas, mais j'avais mis en usage d'autres précautions et il m'a paru que le corps étranger laissé dans le rectum, avait singulièrement irrité la patiente.

C'est également dans le but d'empêcher l'abord des gaz intestinaux jusqu'à la ligne de réunion et pour froncer la muqueuse rectale du côté de l'orifice profond que j'ai pratiqué le double plan de suture.

J'ai disposé mes sutures de différentes manières, tantôt réunissant les lèvres de haut en bas, tantôt les affrontant de droite à gauche; j'ai disposé également dans ces deux sens les sutures de renfort.

Voici les résultats définitifs de mes sutures :

Cinq cas de suture simple : cinq insuccès;

Cinq cas de suture double : quatre insuccès; un succès;

Deux cas de suture de simple avec section du sphincter : deux insuccès.

Treize cas de suture m'ont donné onze insuccès et deux succès seulement. Je reviendrai dans un instant sur ces derniers.

Toutes ces opérations ont été exécutées sur neuf malades, deux d'entre elles ayant été opérées trois fois chacune. Quatre sont guéries; cinq restées dans le même état ou sont quelque peu améliorées. Chez aucune d'elles, l'opération, même infructueuse, n'a aggravé l'état.

Des quatre guérisons, deux ont été obtenues du premier coup

par l'opération anaplastique; deux autres, survenues après échec complet de la suture, ont été réalisées par la cicatrisation secondaire. L'opération, il est vrai, avait par un de ses actes, l'avivement, mis la fistule dans les conditions d'une guérison spontanée possible.

Et maintenant, ai-je clos la série de mes essais ; modifierai-je les procédés connus, en chercherai-je, en découvrirai-je de nouveaux ? En vérité, je l'ignore.

Et comment ne serais-je pas dans le doute ? J'ai échoué nombre de fois sans savoir exactement pourquoi ; j'ai employé sans succès les meilleurs procédés actuellement connus et les modifications les plus rationnelles à ces procédés. J'ai réussi deux fois avec des moyens qui, à plusieurs reprises, avaient manqué déjà entre mes propres mains. Deux fois la nature, aidée ou non, a réalisé sous mes yeux une guérison que je n'avais pu obtenir par la médecine opératoire. Alors, dans une série de cas, je l'ai mise en demeure de montrer encore sa puissance ; je lui ai même apporté mon concours ; elle a refusé d'accomplir sa tâche.

Ainsi, étant à cette heure en défiance contre l'art, contre la nature, contre moi-même, je veux porter le problème devant vous, dans l'espoir qu'avec votre aide, il aura plus de chances d'être élucidé.

Peut-être, d'ailleurs, la solution est-elle toute prête. Le cas dont nous nous occupons est commun, vous l'avez tous rencontré ; tous aussi, sans doute, vous l'avez traité chirurgicalement ; si vous avez été plus heureux que moi, si vous opérez autrement, si vous êtes en possession d'une manière de faire, sinon infaillible, du moins généralement efficace, vous la ferez connaître et le débat sera clos.

En attendant votre réponse, et pour offrir des bases à la discussion à laquelle je vous convie, je vais examiner devant vous les causes probables des insuccès si fréquents, puis je commenterai les cas dans lesquels la nature ou moi avons réussi ; et du parallèle des défaites et des victoires, je tâcherai de tirer quelques renseignements.

A l'exception de quelques cas rares où la santé générale des femmes pourrait empêcher la réunion immédiate, cas vraisemblablement très exceptionnels, les causes d'insuccès doivent être cherchées dans les conditions locales de la lésion ou dans l'emploi de procédés défectueux.

Parmi les causes locales, on peut invoquer en premier lieu le *peu d'épaisseur des lèvres de la fistule*. En effet, au point où siège d'ordinaire la perforation recto-vulvaire, la cloison bi-muqueuse, extrêmement mince, présente quelquefois à peine 2 à 3 millimètres d'épaisseur. Si donc on avivait perpendiculairement,

comme on le faisait jadis, les surfaces cruentées ne s'affronteraient que dans une minime étenduo, condition très défavorable à la réunion. On corrige cette disposition par l'avivement oblique pratiqué exclusivement aux dépens de la muqueuse vaginale. Cette manière de faire a deux avantages. En cas d'insuccès, on n'augmente pas les dimensions de la fistule, puisque la lèvre rectale de celle-ci n'a subi aucune perte de substance, puis on crée autour de la perforation une zone cruentée, circulaire, de 10 à 12 millimètres, ce qui semble assurer un contact suffisamment large des surfaces avivées.

Ce dernier avantage n'est peut-être pas aussi grand qu'il le paraît. D'abord, l'étendue de l'affrontement n'est égale à la largeur des surfaces cruentées que lorsque ces dernières sont parallèles, ou à peu près, comme cela arrive, par exemple, quand on met en contact les deux parties de la lèvre inférieure après l'ablation d'un petit épithélioma par l'excision en V. Mais lorsqu'il s'agit d'une zone circulaire, presque plane ou légèrement infundibuliforme, telle qu'elle est créée par l'excision oblique de la muqueuse vaginale, comme dans le cas qui nous occupe, les deux demi-zones, rapprochées par la suture, perdent certainement la moitié de leur rayon, de façon que si, avant la réunion, elles mesuraient étalées 12 millimètres, elles gardent à peine 5 à 6 millimètres de contact après coaptation.

C'est pour remédier à cette imperfection que j'avais songé à employer le double plan de sutures, l'un rapprochant seulement l'une de l'autre les deux lèvres rectales de la fistule, l'autre coaptant plus largement les deux surfaces cruentées. On a vu que cette pratique, bien que logique, n'avait pas fourni de résultats bien remarquables, n'ayant pas prévenu l'insuccès dans quatre cas sur les cinq où je l'avais mise en usage.

La minceur des lèvres de la fistule et de la cloison recto-vaginale à ce niveau est encore sous un autre point de vue défavorable au succès de la suture. Un des préceptes formels des procédés américains est de conduire soigneusement les fils dans l'épaisseur même de la cloison bi-muqueuse sans les faire pénétrer dans les réservoirs urinaire ou intestinal, et sans comprendre jamais dans l'anse métallique les muqueuse vésicale ou rectale. Quand la cloison qui sépare le vagin de la vessie ou du rectum est épaisse, il est généralement assez facile de ramper dans l'intervalle des deux parois. Mais il en est tout autrement quand ladite cloison, mince seulement de quelques millimètres, est diminuée d'ailleurs par la perte de substance, si petite qu'elle soit, qui résulte de l'avivement vaginal.

Si on suit le précepte, on ne saisit dans l'anse métallique qu'une

quantité de parties molles fort minime, très rapidement coupée par les fils. Si l'on passe outre et si pour étreindre plus largement les tissus, on comprend la muqueuse rectale, on s'expose non seulement à voir la cloison tout entière coupée par les fils, mais encore à laisser les gaz intestinaux s'insinuer le long de ces derniers, empoisonnant leur trajet, et y provoquant une inflammation capable de faire manquer la réunion.

J'indiquerai plus loin, à propos de la guérison spontanée par la réunion secondaire, un dernier inconvénient du mode d'avivement oblique dans lequel on respecte trop soigneusement l'ourlet muqueux constitué sur la circonférence de la fistule par la soudure des muqueuses vaginale et rectale.

Contact des matières intestinales. — Les sécrétions et les excrétions ont longtemps passé pour exercer une action funeste sur la guérison des plaies. En ce qui touche la réunion secondaire, cette opinion n'est point fondée, comme je l'ai démontré jadis; mais elle est parfaitement exacte pour ce qui regarde la réunion immédiate. A la vérité, toutes les sécrétions n'ont pas les mêmes propriétés nuisibles ; ainsi l'urine saine, qui baigne une fistule vésico-vaginale pendant toute la durée de l'avivement et du passage des points de suture n'empêche pas la réunion primitive ; les fluides buccaux ne font échouer ni la staphylorrhaphie ni l'uranoplastie.

Au contraire, les matières fécales et les gaz intestinaux rendent très difficile l'adhésion par première intention des plaies saignantes, comme le prouve l'insuccès fréquent des opérations anaplastiques en cas d'anus contre nature.

A la vérité, il semble facile, dans le cas spécial qui nous occupe, de prévenir ce contact; il suffit de tamponner l'extrémité inférieure du rectum dans l'étendue de quelques centimètres pendant toute la durée de l'opération pour empêcher les surfaces saignantes d'être souillées par les matières fécales solides ou liquides. Mais on se défend moins bien contre les gaz intestinaux qui, en cas de météorisme ou de contraction du sphincter, s'insinuent aisément dans les interstices des sutures. Or, quelques bulles de ces gaz suffisent sans doute pour faire manquer la réunion, car toutes les fois que les opérés m'ont annoncé, de bonne heure ou tard, le passage de gaz en si petite quantité que ce fût, j'ai constaté un insuccès complet de la suture.

Au reste, avec ce que l'on sait des propriétés phlogogènes intenses des matières septiques, on comprend sans peine l'action délétère des fluides intestinaux qui, même à des doses infiniment petites, renferment une quantité infiniment considérable de ces microbes infectieux, à fécondité d'ailleurs prodigieuse, et qui

inoculent en quelque sorte les surfaces cruentées ou la matière unissante encore molle, de manière à empêcher ou détruire presque fatalement l'adhésion primitive. C'est au moins autant pour empêcher l'abord des gaz jusqu'aux surfaces avivées que pour accroître l'étendue de ces dernières, que j'avais essayé la suture profonde ; on a vu quels résultats médiocres m'a donnés cette innovation.

La difficulté de se mettre à l'abri de cette cause d'insuccès m'a conduit à abandonner la réunion sanglante, l'adhésion secondaire semblant moins compromise par la contamination stercorale.

Examinons maintenant mes réussites. Quatre malades, je l'ai dit plus haut déjà, ont été guéries. Deux fois ce résultat a été obtenu *du premier coup par la suture*, à double plan dans un cas, et tout à fait simple dans l'autre ; mais ce qui caractérise essentiellement ces deux opérations heureuses, c'est que j'ai fait l'avivement non sanglant avec les acides la première fois, et avec le thermo-cautère la seconde.

Je ne saurais trop le rappeler. Dix fois j'ai cousu après avivement sanglant : dix fois j'ai échoué. Trois fois j'ai cherché la réunion immédiate secondaire, et je n'ai eu qu'un insuccès dû, comme je l'ai indiqué, à la contamination prolongée des surfaces granuleuses par les matières fécales.

A propos des fistules vésico-vaginales, j'ai à plusieurs reprises vanté les avantages de l'avivement non sanglant et de la réunion des surfaces granuleuses arrivées à un certain point de préparation. Je crois que nulle part cette manière de faire ne s'applique mieux que dans le cas de fistule recto-vulvaire.

Pratiquée avec le fer rouge, le thermo-cautère, le caustique Filhos en crayon, les acides concentrés portés avec la pointe d'une baguette de verre ou mieux de bois, la cautérisation peut s'effectuer avec autant de précision que si l'on employait le bistouri ou les ciseaux ; la perte de substance est très limitée, l'innocuité complète. Il est bon d'ajouter que plus tard, quand on applique les sutures, le passage des fils se fait avec une facilité extrême et une précision sans pareille.

Je ne fais cependant pas de difficulté pour avouer que cette petite opération, surtout si l'on cautérise aussi la muqueuse rectale avec le fer rouge, comme je l'ai fait chez ma dernière malade, est assez douloureuse pour indiquer l'anesthésie ; que dans les trois ou quatre jours qui suivent, il y a parfois de la douleur à la vulve et à l'anus, de façon même à rendre les selles plus ou moins pénibles. Mais ces inconvénients me paraissent peu importants et sont largement compensés par une augmentation considérable dans les chances de guérison.

Enfin j'ai observé deux fois la guérison spontanée après échec de la suture.

Dans un cas, l'occlusion de la fistule s'est faite hors de la portée de mes yeux et absolument d'elle-même ; dans le second cas, j'ai cautérisé à diverses reprises la surface granuleuse.

Cette fermeture secondaire consolerait à la rigueur de l'insuccès de la réunion immédiate ; aussi faudrait-il savoir quand et comment elle s'effectue, et connaître les conditions qui la favorisent ou qui l'entravent.

Ces conditions que je crois entrevoir aujourd'hui, sont restées pour moi lettre close jusqu'à ces derniers temps ; aussi, encouragé par le succès que m'avait donné en 1869 la cautérisation, je n'ai pas manqué d'employer cette méthode soit d'emblée soit après l'insuccès de la suture. J'ai mis en usage le galvano-cautère, le thermo-cautère, des caustiques variés, mais sans avoir pu obtenir une seule guérison.

Je comprends aujourd'hui que je cautérisais mal et incomplètement et je ne savais pas copier fidèlement la nature qui, elle, était parvenue à mener à bien la cicatrisation.

Reprenons les choses d'un peu plus haut. Quand on pratique l'avivement oblique suivant les règles du procédé américain, on respecte, chacun le sait, l'ourlet muqueux qui constitue le pourtour de la perforation. Cet ourlet reste même en quelque sorte en dehors de la suture, car les fils doivent le traverser seulement et ne point comprendre dans leur anse la face inférieure ou rectale.

Or, voyons ce qui résulte de cette disposition en cas d'insuccès de la suture. La zone avivée, devenue zone suppurante, s'étale de nouveau par le fait de la désunion. Presque aussitôt, en vertu des propriétés de la membrane granuleuse qui la recouvre, elle commence à diminuer dans tous les sens. La rétraction s'effectue cependant dans deux directions principales : elle est concentrique ou radiée. La rétraction concentrique diminue peu à peu les diamètres de la zone, de sorte qu'au bout d'un certain temps, elle arrive, s'il n'y a pas d'obstacle, à fermer la fistule comme une bourse se ferme quand on serre le cordon qui entoure son orifice. La rétraction radiée, qui tend à rapprocher l'une de l'autre les deux circonférences de la zone granuleuse, agit précisément en sens inverse. Pour peu qu'elle prenne son point d'appui sur la grande circonférence et qu'elle agisse sur la petite, celle qui répond justement à l'ourlet, elle attire celui-ci ainsi que la muqueuse rectale qui lui fait suite du côté de la cavité vaginale, et fait apparaître dans l'orifice de la fistule une sorte de prolapsus rectal, fort petit sans doute, mais suffisant pour empêcher désormais toute occlu-

sion spontanée, pour paralyser tout effort efficace de la rétraction concentrique.

En vain, on répète sur la zone granuleuse les cautérisations ; à la vérité elles s'opposent à la migration de la muqueuse vaginale vers le rectum, mais favorisent plutôt la marche de la muqueuse rectale vers le vagin.

Pour que la cautérisation soit efficace, il faudrait qu'elle détruisît l'ourlet et même une partie de la muqueuse rectale, afin que les deux muqueuses restassent si éloignées l'une de l'autre et missent assez de temps à se rejoindre pour que la rétraction concentrique puisse accomplir son œuvre et effectuer la réunion secondaire de la zone granuleuse progressivement rétrécie. Or, c'est ce que jusqu'à présent la cautérisation n'a pas osé faire, toujours dans la crainte d'augmenter la perte de substance et d'accroître en cas d'insuccès les dimensions de la perforation. Quatre fois déjà j'ai fait la cautérisation sans suture et je me souviens bien des précautions que je prenais, tout en cautérisant largement la muqueuse vaginale, afin d'avoir une zone granuleuse étendue, pour respecter l'ourlet bi-muqueux circonscrivant l'orifice fistuleux.

Naturellement, à la chute de l'eschare il arrivait exactement ce que je viens de décrire, et naturellement aussi j'échouais.

Voici les conclusions de ce petit travail :

1° Les causes qui font échouer si souvent la cure chirurgicale des fistules recto-vulvaires sont essentiellement locales : les principales sont :

A. Le peu d'épaisseur de la cloison recto-vaginale au point où siège la fistule, ce qui empêche d'affronter des surfaces avivées suffisamment larges et de comprendre dans l'anse des sutures une quantité suffisante de parties molles;

B. Le contact des matières intestinales liquides ou gazeuzes avec les surfaces suffisamment avivées, contact difficile à prévenir et à empêcher et qui fait échouer presque sûrement la réunion par première intention.

2° Les expédients mis en usage jusqu'ici pour combattre ces causes, formation de lambeaux, dédoublement des lèvres de la fistule, dilatation forcée ou débridement du sphincter, double plan de sutures, etc., n'offrent pas assez de garanties pour être recommandées sérieusement.

3° L'avivement sanglant, suivi aussitôt de réunion immédiate, c'est-à-dire l'anaplastie en un seul temps, doit être jusqu'à nouvel ordre abandonné.

4° La guérison spontanée des perforations recto-vulvaires peut s'observer après l'échec de la suture sanglante; elle s'effectue par adhésion secondaire de la membrane granuleuse qui

s'établit sur les surfaces avivées, adhésion qui n'est point empêchée par le contact passager ou permanent des matières intestinales.

5° Cette guérison spontanée toutefois exige certaines conditions. Il faut (étant connue la disposition en zone circulaire qu'affecte la plaie granuleuse), il faut, dis-je, que la rétraction concentrique l'emporte en puissance et en vitesse sur la rétraction radiée.

Dans le cas contraire, elle est impossible, parce ce que la rétraction radiée attire la muqueuse rectale dans l'orifice fistuleux qui reprend ainsi ses conditions de permanence.

Le mode d'avivement usité dans le procédé américain entrave certainement, au cas où la suture manque, l'occlusion spontanée de la fistule, et il en est de même de la cautérisation, telle qu'on la pratique d'ordinaire dans l'espoir de favoriser cette occlusion.

6° La guérison entièrement spontanée est, à coup sûr, possible, mais fort aléatoire. L'art peut donc et doit même venir en aide à la nature ; on y parviendra, en adoptant l'opération en deux temps, c'est-à-dire l'avivement par la cautérisation et la réunion immédiate secondaire lorsque les surfaces granuleuses seront jugées aptes à l'adhésion. La suture métallique simple, exécutée à l'ordinaire, pourra suffire sans doute ; mais en certains cas, il pourra convenir d'y adjoindre une suture de renfort ou de soutien.

7° L'insuccès de la suture étant encore fort possible, il sera sage de mettre la fistule dans des conditions telles que la guérison spontanée par rétraction concentrique et adhésion lente des surfaces granuleuses soit encore réalisable. Il suffira pour cela de supprimer préventivement l'obstacle essentiel à la cure naturelle, en détruisant dans une étendue suffisante la muqueuse rectale au pourtour de l'orifice intestinal de la fistule.

La question soulevée par M. Verneuil est mise à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Lecture.

M. Reclus lit un travail intitulé : *Fistule congénitale de la région ano-coccygienne.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Guéniot, Terrillon et Lannelongue, rapporteur.

Présentation de malade.

M. Desprès. Je vous présente mon cocher qui, le 25 février, en jouant avec un revolver, s'est blessé l'indicateur droit de la manière

suivante : un coup partit à bout portant pendant qu'il cherchait à décharger cette arme. La balle entra un peu au-dessous du pli articulaire de l'articulation de la première phalange avec la deuxième, suivit le doigt en remontant et vint se loger sous la peau dans l'espace qui sépare le deuxième du troisième métacarpien. La balle, entrée sur la ligne médiane du doigt, a traversé la peau, les deux tendons fléchisseurs, ouvert, sans aucun doute, l'articulation des phalanges et atteint l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index.

Une heure après la blessure, je fis l'extraction de la balle entre les deux métacarpiens par une incision avec le bistouri. La balle extraite, quevoici, était aplatie et rayée par suite de son passage sur les os.

J'appliquai immédiatement le pansement par occlusion avec les bandelettes de diachylon de Chassaignac, et je vais l'enlever aujourd'hui devant vous, onze jours après l'accident.

Comme il n'y a pas eu un instant de fièvre, que le malade ne s'est pas alité une heure, j'estime que la plaie est réunie par première intention. Il y a mieux, le malade a déjà recouvré les mouvements de son doigt.

(M. Després enlève le pansement.) Vous voyez, messieurs, qu'il n'y a pas de pus dans les pièces de l'appareil et que la plaie d'entrée de la balle est cicatrisée, ainsi que la plaie que j'ai faite pour extraire la balle. Voilà de la réunion par première intention.

Voilà, messieurs, la troisième fois que j'obtiens le même résultat pour des plaies par arme à feu graves des doigts, avec les vieilles méthodes de pansement.

Le bureau annonce qu'une place de membre titulaire est déclarée vacante ; MM. les candidats sont priés de se faire inscrire dans le délai d'un mois.

La séance est levée à cinq heures trente minutes.

Le secrétaire,

NICAISE.

Séance du 15 mars 1882.

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris ;

2° *Bulletin de l'Académie de médecine.* — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie.* — *Montpellier médical.* — *Journal de médecine.* — *Lyon médical.* — *Journal de thérapeutique de Gubler.* — *Revue médicale.* — *Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne.*

3° *British médical.* — *La Gazette de santé militaire de Madrid.* — *Les Annales d'anatomie et de chirurgie de New-York.*

4° *De l'angiome caverneux de l'orbite*, par le Dr Capdeville, de Marseille.

Rapport.

Mémoire sur les fistules et les dépressions cutanées congénitales paravertébrales inférieures. — Observation d'un kyste dermoïde de la région sacro-coccygiène.

Par M. LANNELONGUE.

Dans une des séances du mois de janvier dernier, M. Terrillon communiquait à la Société, trois observations de fistules congénitales de la région lombo-sacrée ; un peu plus tard, notre collègue M. Heurtaux, de Nantes vous a adressé un travail assez étendu sur le même sujet ; enfin dans la dernière séance, M. Reclus est venu nous lire une observation dont le titre est celui-ci : Fistule congénitale de la région ano-coccygienne. Ces diverses communications viennent donc de mettre cette question à l'ordre du jour de vos travaux, et puisque vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur l'observation de M. Reclus, je vous demande la permission de vous communiquer mon appréciation sur ce sujet.

Avant d'aborder l'étude des fistules proprement dites, il me paraît opportun de rechercher s'il n'existe pas dans la région sacro-coccygienne une disposition anatomique, transitoire ou permanente, à la faveur de laquelle on pourrait expliquer la formation de ces fistules.

Il y a longtemps qu'on avait signalé, d'une manière très vague d'ailleurs, l'existence de petites anomalies cutanées dans la peau de la région sacro-coccygienne; mais il semble qu'avant les recherches de Ruhn et la communication de M. Féré à la Société anatomique en mai 1878, on ne leur avait pas prêté une suffisante attention. A cette époque, M. Féré [1] signala chez une petite fille de 5 ans une dépression circulaire infundibuliforme de 3 ou 4 millimètres de profondeur, située au niveau de la partie inférieure du sacrum. M. Féré remarque que cette disposition, loin d'être rare chez les jeunes sujets, se présente sous des formes assez différentes; tantôt c'est un méplat avec adhérences de la peau, tantôt c'est une ligne blanchâtre, tantôt enfin c'est un véritable infundibulum antéro-postérieur. Dans des recherches ultérieures, M. Féré [2] a rassemblé neuf observations d'infundibula d'une profondeur variant de 2 à 5 millimètres. En résumé, la région sacro-coccygienne présente fréquemment, d'après M. Féré, une fossette ou un infundibulum ; leur siège n'est pas encore jugé d'une manière précise; mais on peut d'après lui les rattacher à la fermeture du canal rachidien postérieur, ce qui lui donnerait une étroite parenté avec le spina bifida.

D'un autre côté, Kuhn avait signalé, chez les enfants, l'existence d'une dépression cicatricielle en cul de poule, une fois sur 4 ou 5 cas; cette dépression occupe constamment la ligne médiane vers le milieu de l'articulation sacro-coccygienne, elle adhère au tissu fibreux du rachis, et Kuhn la considère comme un vestige d'une ancienne hydrorachis périphérique.

Notre collègue M. Desprès indiquait déjà, dès 1874, à propos d'un kyste de la région ano-coccygienne, l'existence constante d'une fossette médiane, *à 2 ou 3 millimètres* en arrière de la marge de l'anus, et M. Lawson Tait lisait une note sur cette fossette au Congrès pour l'avancement des sciences de Dublin. Lorsque la discussion s'engagea dans votre compagnie à propos de la communication de M. Terrillon, MM. Monod, Guéniot, Polaillon prirent la parole pour rappeler qu'ils avaient vu un certain nombre d'enfants porteurs d'une dépression normale et plus ou moins profonde, dans la région sacrée.

[1] Féré, *Société anatomique*, 1878, p. 309.

[2] M. Desprès, *Société anatomique*. 1874, p. 502.

En présence de ces faits, il m'a semblé utile de vous faire connaître le résultat de mes investigations sur ce point, elles ont porté exclusivement sur des enfants, depuis la naissance jusqu'à l'âge de 14 ans; elles sont beaucoup plus nombreuses sur les sujets à partir de la quatrième année. Les questions à résoudre sont celles-ci:

Existe-t-il une dépression constante, superficielle ou profonde et en entonnoir, dans la région sacro-coccygienne ? quelle est son siège anatomique ? quelle en est l'origine, et quelle influence peut-elle exercer sur la production des fistules ou de certaines tumeurs de la région ?

1° *De l'existence d'une ou de plusieurs fossettes dans la région vertébrale inférieure.* La rainure interfessière se présente sous divers aspects, suivant les sujets. La saillie plus ou moins masquée de la convexité du sacrum, la direction très variable du coccyx chez les jeunes sujets, le développement plus ou moins grand des muscles grands fessiers, et surtout la plus ou moins grande abondance de la graisse sous-cutanée, aussi bien sur la ligne médiane que sur les parties latérales, font que cette rainure est tantôt très profonde dès son origine supérieure, et tantôt superficielle et sur le même plan que la peau des parties latérales; dans ce dernier cas, elle ne se dissimule pour être inaccessible sans artifice, que plus bas. A sa naissance en haut, elle n'est d'ailleurs pas toujours médiane et je l'ai trouvée déviée et latérale chez quelques sujets. La déviation de la partie supérieure de la rainure existe encore chez les individus atteints de mal de Pott lombaire ou de coxalgie avec déviation prononcée du bassin. Quoiqu'il en soit, on ne peut ordinairement procéder à son examen qu'en écartant les fesses. Or, l'aspect qui se présente alors est fort différent. Tantôt on aperçoit, à la partie supérieure, une fossette profonde, verticale, médiane, reposant sur le sacrum ; quelquefois la fossette prend la forme d'un large entonnoir; chez quelques sujets, la rainure est à sa naissance tout à fait superficielle, mais il converge vers son extrémité un ou plusieurs sillons cutanés assez profonds qui descendent, comme les branches d'un éventail, vers l'origine de la rainure.

La rainure interfessière peut ne pas offrir d'autre particularité que celle que je viens de signaler ; il existe alors uniquement une fossette médiane à son origine. Chez d'autres sujets, avec la fossette précédente, ou sans qu'elle existe, on trouve une nouvelle dépression plus bas vers l'articulation sacro-coxygienne, ou plus exactement au niveau de la partie bifide du sacrum. Cette nouvelle dépression est le plus souvent arrondie, en godet ou plus déprimée encore; c'est alors un infundibulum cutané, une fistule

plus ou moins profonde. Chez quelques individus, on remarque, en écartant les fesses à ce niveau, un véritable pont saillant, comparable à un périnée au-dessous de la dépression précédente.

Enfin sur de nouveaux sujets la dépression est encore placée plus bas, en regard de la pointe du coccyx, sur un plan transversal d'habitude et quelquefois un peu au-dessous de ce plan. Jamais je n'ai rencontré de fossette au voisinage de l'anus, et j'ai toujours constaté, même chez les plus jeunes sujets, près d'un centimètre d'écart entre elle et cet orifice.

Au résumé, la dépression cutanée peut occuper trois sièges distincts, correspondant l'un au sacrum proprement dit, le second à l'articulation sacro-coccygienne, le troisième enfin à la pointe du coccyx. Le siège inférieur est le plus variable, en raison de la direction différente du coccyx. Quelquefois en effet, au moins à un certain âge, la pointe de cet organe est presque sous la peau; mais le plus souvent il s'incurve en avant et sa pointe s'éloigne du tégument; il convient de dire que cette incurvation est d'ailleurs plus ou moins prononcée. La dépression est constituée soit par une simple fossette, soit par un infundibulum, soit enfin par une véritable fistule borgne. La partie extérieure de cet infundibulum est généralement arrondie, sillonnée de plis à sa circonférence. Lorsque le fond en est visible, on reconnaît qu'il est constitué par la peau; il est probable qu'il en est de même dans les fistules proprement dites, et j'appelle ainsi les dépressions au delà de 3 à 4 millimètres. L'ouverture d'un infundibulum peut être quelquefois assez large pour être prise pour l'orifice anal — c'est ce qui est arrivé un jour à une femme, qu'on avait chargée de prendre la température rectale de son mari, elle fit plusieurs fois fausse route en introduisant le thermomètre dans une de ces fistules, dont l'orifice d'entrée était considérable.

Au contraire, la fossette peut n'être qu'un méplat à peine visible, reconnaissable seulement à sa surface déprimée, ou à un léger changement de couleur de la peau. Enfin sur un certain nombre de sujets, on rencontre deux et même, quoique beaucoup plus exceptionnellement, trois dépressions. Telles sont les variétés anatomiques médianes. Il n'est pas rare de rencontrer des variétés latérales, et j'en ai fait représenter trois exemples sur les dessins que je mets sous vos yeux. Sur un de ces trois sujets, il existait deux infundibula latéraux, placés symétriquement de chaque côté de la ligne médiane, à une distance de près de deux centimètres l'un de l'autre; leur siège correspondait aux tubercules sacrés. De chacun d'eux part un sillon cutané, qui aboutit à une fossette médiane de la rainure interfessière, située au niveau de l'articulation sacro-coccygienne. Ces trois dépressions forment un triangle

équilatéral. Enfin sur les deux autres sujets, il n'existe qu'un infundibulum latéral, duquel part le sillon cutané qui se rend à la rainure interfessière.

J'ai rencontré encore quelques variétés plus rares ; mais je crois inutile de m'appesantir davantage, et j'en arrive à la fréquence de ces diverses apparences. L'existence d'une dépression médiane, d'infundibula uniques ou multiples, de fistule, enfin, n'est pas un fait constant. Fréquemment il est vrai, très souvent même, on découvre quelque chose, depuis un détail très minime et qu'on peut compter, jusqu'à un détail très visible et relativement important, de telle sorte qu'en obéissant à un esprit de système, on serait bien près de se laisser entraîner, et de dire que c'est là une disposition normale qui relève d'un âge antérieur. Cette proposition est à mon gré beaucoup trop absolue ; et s'il est incontestable que, dans beaucoup de cas, on reconnaît tout de suite une fossette ou un infundibulum, on doit ajouter que cette fossette n'est souvent reconnaissable qu'à la condition d'écarter d'une manière égale les deux fesses. On forme alors la fossette, pour ainsi dire, et il convient d'ajouter qu'au niveau de la dépression, la peau n'adhère pas davantage au squelette, que plus haut ou plus bas, sur la ligne médiane, c'est là un point qu'on vérifie sur le sujet, et j'ajoute qu'ayant eu l'occasion de disséquer trois cas d'infundibulum d'un à deux millimètres de profondeur, je n'ai pas trouvé de liens fibreux rattachant la peau au squelette à ce niveau. Une couche cellulo-adipeuse assez épaisse séparait la peau de l'aponévrose qui ferme le canal sacré. Ce n'est pas d'ailleurs sur la ligne médiane de la rainure interfessière que la peau est reliée au squelette par un tissu résistant. Dans une dissection, j'ai vu que rien ne s'oppose au glissement de la peau sur les os, sur la ligne médiane ; il n'en est pas de même latéralement : il part du sacrum, au niveau des attaches du grand fessier, des tractus fibreux denses et importants qui vont directement à la peau et qui la fixent sur les côtés. Ce sont ces tractus qui limitent la mobilité de la peau de la rainure, dans toute sa partie osseuse, et qui lui permettent par suite un certain glissement sur les os.

Cette déclaration préalable était nécessaire avant de vous donner la statistique des faits suivants. 130 sujets ont été examinés, et j'ai noté 95 fois l'existence d'une dépression, d'un infundibulum ou même d'une petite fistule ; en un mot, en explorant la profondeur du sillon interfessier, depuis sa naissance supérieure jusqu'à l'anus, j'ai constaté dans les quatre cinquièmes des cas, la présence d'un état anatomique, tantôt fort minime et consistant en une petite dépression qui apparaît au premier examen, ou qui ne se révèle que quand on écarte les bords de la rainure interfessière, tantôt

plus considérable et dessinant une fossette en entonnoir allongé, tantôt enfin un véritable infundibulum. 29 fois cette fossette siégeait à la naissance même de la rainure, en regard de la face postérieure du sacrum; sur 38 sujets, elle était en face de l'articulation sacro-coccygienne, et sur les 28 derniers, elle occupait la peau qui recouvre la pointe du coccyx; lorsque la pointe du coccyx est dirigée très en avant, la fossette est quelquefois au-dessous de cet os.

Sur l'ensemble de ces cas, quatre fois seulement il existait des fossettes en dehors de la ligne médiane, sur les parties latérales du sacrum; douze fois on rencontrait des fossettes multiples médianes et latérales. Enfin, ce contingent de 95 exemples comprend 14 infundibula et fistules réelles. J'appelle de ce dernier nom les trajets rétrécis qui dépassent 2 à 3 millimètres de profondeur.

A l'œil nu, l'aspect de la peau de ces fossettes ou de l'infundibulum n'indique que fort peu de particularités. Tantôt on y remarque des papilles plus développées, tantôt ce sont des poils follets plus abondants qu'ailleurs, et enfin les orifices des fistulettes, ainsi que les trajets eux-mêmes, sont quelquefois remplis de cellules épithéliales amoncelées. Trois examens microscopiques n'ont révélé aucun changement dans la texture de la peau, ni dans les couches sous-cutanées examinées jusqu'au périoste; c'était trois exemples de trajets infundibuliformes recueillis à l'amphithéâtre; le trajet était circonscrit par la peau dans toute son étendue, et il ne présentait pas ces adhérences au squelette qui ont été vues par M. Féré dans ses dissections. Cela tient sans doute à ce que l'infundibulum était moins profond chez les sujets où je l'ai disséqué.

Je serai bref sur la recherche des *origines d'une pareille disposition;* son extrême fréquence conduit tout naturellement à la rattacher à une évolution antérieure à la naissance, et tout concourt à lui donner pour point de départ la période embryonnaire elle-même. Mais doit-on pour cela comparer cet état à l'ombilic antérieur, comme a voulu le faire M. Terrillon, je ne le pense pas et je ne puis adhérer à son opinion. Dans la formation de l'ombilic antérieur ou de l'ombilic proprement dit, le défaut de soudure des lames ventrales, a pour cause la présence du pédicule vitello-intestinal dans une première période, et plus tard la vésicule allantoïde qui s'engage dans cette ouverture. Or, rien de pareil ne se produit sur la face convexe ou postérieure de l'embryon, et si la soudure des lames vertébrales à ce niveau n'avait pas lieu, faisait défaut, il en résulterait une communication de la peau avec le canal rachidien, c'est-à-dire un véritable spina bifida. Ce n'est donc pas à un défaut de soudure des lames médullaires qu'on doit

rapporter cette disposition ; car je le répète, ce défaut de soudure laisserait la peau en continuité directe avec la gouttière primitive de l'embryon. Ne sait-on pas, en effet, que la gouttière médullaire résulte de la dépression du feuillet externe ou épidermique ; mais l'existence de cette gouttière n'est que de courte durée, et elle est promptement transformée en canal, par la soudure des lames médullaires latérales. A ce moment, le feuillet épidermique n'est plus inclus, il repose et adhère en arrière à ces lames. Dans une période plus avancée, apparait la masse proto-vertébrale, aux dépens de laquelle se forment les vertèbres. Celle-ci passe en arrière entre le canal vertébral et la lame épidermique, comme elle s'insinue en avant du canal médullaire. Or, au niveau du sacrum, cette masse proto-vertébrale ne ferme plus en bas le canal sacré, et d'autre part, il ne vient ensuite s'interposer que fort peu de parties molles en arrière, puisque la région est réduite à la peau et au squelette. Il en résulte que le feuillet superficiel, accolé plus tard au feuillet moyen, conserve des rapports plus étroits avec le squelette, et cela expliquerait, d'une part, la formation des dépressions plus ou moins profondes qu'on y rencontre, en second lieu, la présence presque exclusive de cet état anatomique dans la région sacro-coccygienne.

2° De ce fait anatomique peut-il résulter quelques *conséquences profitables à la pathologie?* Les observations de MM. Terrillon et Reclus répondent affirmativement. Dans les faits du premier de ces observateurs, on trouve en effet très manifestement l'existence d'un de ces trajets congénitaux, mais il s'y est ajouté quelque chose de plus, je dirai une complication nouvelle. Le trajet congénital communique avec une cavité sous-cutanée, de laquelle partent de nouveaux trajets ouverts sur la peau ; ces derniers trajets sont ceux des fistules ordinaires. Cela ne veut-il pas dire que le fond du trajet initial est devenu le siège d'un travail inflammatoire qui a abouti à la suppuratiou, et soit que l'infundibulum congénital ait été oblitéré, soit qu'il persistât comme trajet libre, cette suppuration s'est fait jour consécutivement de plusieurs côtés à la fois. Ce mécanisme paraît suffisant pour expliquer les fistules multiples.

Au surplus, l'inflammation de ces trajets congénitaux s'explique d'autant mieux que la région interfessière est le siège fréquent d'érythèmes ou d'inflammations superficielles. Maintes fois nous avons observé cette inflammation chez les jeunes enfants, les parois des fistulettes ou des infundibula participaient à l'altération de la peau du voisinage.

En réalité, les parois d'un infundibulum sont constituées par une intrusion de la peau vers le squelette. Ce simple fait suffit, sans

qu'il soit besoin d'en chercher encore le mécanisme, pour expliquer la formation de certaines tumeurs congénitales, des kystes dermoïdes spécialement. Ce sont de véritables inclusions. La tumeur enlevée par M. Desprès et présentée à la Société anatomique en 1874 (*loc. cit.*), appartient, selon toutes les probabilités, à cette catégorie de kystes, quoique cependant la congénitalité n'y soit pas absolument démontrée, et que, d'autre part, l'examen de la paroi, qui eût levé tous les doutes, n'ait pas été fait; mais l'apparence du contenu semble suffisamment l'indiquer. Qu'il me soit permis d'en donner ici un exemple concluant.

Le nommé R P., âgé de 4 ans 1/2, entra dans mon service, à l'hôpital Trousseau, le 31 janvier 1879. Cet enfant est de belle apparence et n'a pour ainsi dire jamais été malade. Il n'a pas eu de fièvres éruptives. Il est conduit à l'hôpital pour une tumeur de la région sacro-coccygienne. D'après la mère, on s'est aperçu de l'existence d'une petite saillie à ce niveau quelques jours après la naissance; mais alors, on n'y prêta pas d'attention, pensant, comme le disait la sage-femme, que ce n'était rien. Et, en effet, durant le cours de la première année, la petite saillie ne fit que fort peu de progrès. La tumeur augmenta cependant plus tard, surtout à partir de la troisième année; à l'entrée de l'enfant à l'hôpital, elle a le volume d'un gros marron. Elle se présente sous la forme d'une masse ressemblant à un œuf de pigeon. Son grand axe est vertical; elle recouvre la partie inférieure du sacrum et surtout le coccyx; plus développée du côté gauche, elle empiète cependant sur la ligne médiane, qu'elle dépasse; elle est ainsi placée entre les fesses, à leur origine. Quand on prend cette tumeur entre les doigts, on reconnaît qu'elle est sensiblement pédiculisée et que, de plus, elle est mobile sur le sacrum. Elle paraît au contraire se rattacher à la pointe du coccyx par un pédicule d'apparence ligamenteuse. Rénitente, élastique et comme fluctuante, cette tumeur n'offre ni bosselures, ni égalités et elle est recouverte par une peau intacte, amincie seulement sur la partie la plus saillante. Depuis quelque temps, elle est devenue le siège de quelques légères douleurs.

Cinq jours après l'entrée de l'enfant à l'hôpital, le 4 février, on procède à l'extirpation de la tumeur avec le thermocautère. L'opération fut très simple et exsangue; la tumeur fut détachée au niveau de son pédicule cutané et au moment où on la séparait définitivement, on remarqua en effet quelques adhérences avec le coccyx. La plaie d'opération mit trois semaines à se cicatriser.

L'examen de la tumeur fut fait immédiatement après l'opération. Au moment où la coupe en fut pratiquée, il s'écoula une faible quantité, quelques gouttes seulement, d'un liquide légèrement séreux. Une membrane assez épaisse, à parois solides, d'un aspect

blanc nacré, surtout vers la face interne, forme l'enveloppe du kyste ; la peau lui adhère dans une certaine étendue. A part les quelques gouttes de liquide que nous avons signalées, le contenu se compose exclusivement d'une matière sèche, disposée sous forme de lamelles accolées les unes aux autres, d'un blanc de nacre. Vers le centre, cependant, on y trouve quelques poils qui sont mélangés à ces feuillets de stratification. L'examen histologique du contenu montre qu'il était exclusivement composé de cellules épidermiques disposées en lames minces. La paroi était formée par un tissu fibreux assez dense, au sein duquel se trouvaient disséminées quelques glandes sébacées, avec leurs follicules pileux; sa surface interne présentait des lames épidermiques superposées.

Cet examen ne laisse aucun doute sur l'origine du kyste par inclusion de la peau.

L'observation de M. Reclus présente un intérêt plus particulier. En voici le résumé.

Un jeune garçon de 16 ans est atteint d'une fistule située dans la rainure interfessière, juste sur la ligne médiane, entre l'anus et la pointe du coccyx. L'orifice mesure 4 à 5 millimètres de diamètre, et il lui succède un trajet qui remonte à une hauteur de cinq centimètres et se termine en cul-de-sac. La fistule ne paraît pas présenter de communication avec le rectum ; elle est le siège d'une sécrétion muco-purulente ; les parois qui l'entourent sont constituées par des tissus absolument souples, sans callosités, ni indurations.

Un point qu'il est regrettable de ne pas voir noté avec précision dans l'observation, est le siège exact de l'orifice extérieur du trajet ; j'ai déjà dit, en effet, que je n'ai jamais rencontré d'infundibulum entre la pointe du coccyx et l'anus ; les dépressions les plus inférieures sont à peine au-dessous de la pointe de cet os. Mais il pourrait arriver que le développement du sujet modifiât cette apparence, et qu'une fossette, placée initialement en regard de la pointe du coccyx, se trouvât plus tard déplacée et plus rapprochée de l'anus.

Envisageant les choses à ce point de vue, on pourrait rapprocher l'exemple de M. Reclus des fistules précédentes. Mais d'autres considérations doivent intervenir pour faire rejeter cette explication ; la fistule est très longue, loin de se diriger vers le canal sacré, elle se développe en avant du squelette, entre le coccyx et le rectum. On est donc réduit à des hypothèses sur sa nature, et ces hypothèses sont d'autant plus faciles, que les caractères qu'elle présente n'ont peut-être pas toujours été les mêmes. Sans mettre en doute la congénitalité sur laquelle n'a peut-être pas assez insisté M. Reclus, il y a un autre caractère dont il faut tenir compte, la sécrétion qui s'échappe du conduit. Les infundibula

normaux sont secs et ils ne donnent lieu à la suppuration que lorsqu'il s'y est ajouté une complication nouvelle ; de plus, le sujet de M. Reclus a quitté l'hôpital sous le coup d'une tuberculose aiguë.

Ce sont ces considérations qui m'obligent à garder une réserve prudente sur l'origine de la fistule précédente. M. Reclus a émis l'opinion qu'elle pouvait provenir, soit de la glande de Lushka, soit, d'après M. Cadiat, d'un cloisonnement uro-génital postérieur, analogue à celui qui forme le périnée, en avant de l'anus. Je ne saurais me prononcer sur ces explications ingénieuses, et, en terminant, j'ai l'honneur de vous proposer de remercier M. Reclus de son intéressante communication et de renvoyer son observation aux Archives de la Société.

Infundibulum coccygien ; fistule paracoccygienne,

Par M. Heurtaux (de Nantes), membre correspondant.

Il y a quelques années, on me présenta un petit garçon de 6 à 7 mois, très bien portant, chez lequel les parents avaient remarqué, peu de temps après la naissance, un pertuis cutané situé dans la région coccygienne.

Ayant examiné l'enfant, je reconnus en effet qu'il existait, à un centimètre en arrière de la pointe du coccyx, un orifice de 4 millimètres de largeur, à contours nets, constitué par un enfoncement de la peau, et conduisant dans une cavité où un stylet de trousse pouvait pénétrer à une profondeur de 6 millimètres. Pendant cette exploration, le stylet ne rencontrait ni diverticules, ni séquestre, ni fongosités ; la cavité était complètement libre et ne fournissait aucun produit de sécrétion. Les parents, inquiets de cet état de choses, demandaient s'il n'était pas possible de faire disparaître cette petite difformité. Je me bornai à introduire dans l'infundibulum un crayon d'azotate d'argent préalablement humecté, et je fis une cautérisation assez forte. Quinze jours après, l'enfant m'ayant été ramené, je fis avec l'acide chromique cristallisé une seconde cautérisation qui resta également sans effet. Je rassurai les parents et les engageai à ne point se préoccuper de ce petit vice de conformation.

Près de deux ans après, une fille de 20 à 22 ans, domestique, vint me consulter pour une douleur qu'elle éprouvait dans la région du coccyx. J'y trouvai, à 15 ou 16 millimètres en arrière de la pointe du coccyx, un petit orifice circulaire, de 3 millimètres de

diamètre, tout à fait semblable à celui que j'avais observé chez l'enfant dont je viens de parler. En pressant à ce niveau, avec le bout du doigt, on avait la sensation d'une petite tumeur arrondie, sous-cutanée. A travers l'orifice, on pouvait apercevoir une petite masse de couleur foncée que je crus être un amas de cellules épidermiques. Avec des pinces fines, je saisis cet amas qui se trouva être un paquet de poils enroulés et enchevêtrés, qu'il ne fut possible d'extraire qu'en exerçant une certaine traction, car beaucoup étaient manifestement implantés sur les parois de la poche. Cette extraction fut accompagnée d'une légère douleur. Je pus ensuite explorer avec un stylet la petite cavité que je trouvai notablement plus large que son orifice, sans doute à cause de la dilatation qu'elle avait subie. La sensation de tumeur avait disparu; elle tenait donc uniquement à la présence du petit paquet de poils. Depuis cette époque, je n'ai plus entendu parler de cette malade.

Je n'avais encore vu que ces deux faits lorsque, au commencement de l'année 1878, un jeune homme vint me montrer une fistule dont le siège et l'apparence me parurent exceptionnels. Le trajet fistuleux était à peu près au niveau de la base du coccyx ; et de ses deux orifices, alors que l'un, placé à gauche du sillon médian, avait l'aspect des orifices fistuleux ordinaires, l'autre, situé exactement sur la ligne médiane, offrait un contour net, franchement cutané, souple, comme s'il résultait de l'enfoncement d'une peau saine. La formation de cette fistule ne pouvait être attribuée à une lésion osseuse; il me vint de suite à la pensée que je devais la rattacher au petit vice de conformation que j'avais observé précédemment, car l'orifice situé sur la ligne médiane, et qui conservait tout à fait les caractères de la peau normale, ressemblait absolument à l'orifice de l'infundibulum trouvé chez les deux premiers malades. Depuis lors, quelques faits analogues se sont offerts à mon observation : les uns sont relatifs à l'*infundibulum simple* et méritent le nom d'*infundibulum coccygien;* les autres se rattachent à la *fistule* qui peut être la conséquence de l'infundibulum et à laquelle, à cause de son siège au voisinage du coccyx, je propose de donner le nom de *fistule paracoccygienne.*

Ce travail était achevé et je n'avais découvert, soit dans les traités de chirurgie, soit dans les publications périodiques, rien qui pût se rapporter à ces fistules, lorsque tout dernièrement j'ai trouvé dans les comptes rendus de la *Société de chirurgie* (séance du 25 janvier 1882) une communication de M. Terrillon relative à trois faits qu'il désigne sous le nom de *fistules congénitales du pli interfessier.* Chez un de ces malades, la dépression congénitale semblait exister seule et fournissait un produit de sécrétion contenant de l'épithélium pavimenteux; dans les deux autres cas, autour

de l'infundibulum, il y avait trois ou quatre autres orifices présentant les caractères des fistules bourgeonnantes consécutives à des abcès non guéris. Ce sont évidemment là des faits analogues à ceux que j'ai observés; cependant il semble que chez les malades de M. Terrillon, la lésion siégeait notablement plus haut, au niveau même du sacrum.

Pour l'infundibulum coccygien lui-même, c'est dans ces dernières années seulement qu'il a été décrit : les *Bulletins de la Société anatomique de Paris* (pour l'année 1878) renferment à son sujet deux communications successives de M. Ch. Féré[1]. Il est à remarquer que cet auteur emploie le mot infundibulum, terme sous lequel j'avais également inscrit dans mes notes ce vice de conformation, ce qui prouve combien l'idée d'un entonnoir se présente naturellement à l'esprit. Je crois devoir rapporter à peu près intégralement les deux communications de M. Féré et les considérations qui les accompagnent, pour ne pas en atténuer la valeur.

Dans la première, il est question de pièces provenant d'une petite fille de cinq ans, morte dans le service de M. Parrot, et qui présentait des vices de conformation multiples portant sur les organes pelviens. Voici la description textuelle, que M. Féré donne de l'infundibulum.

« Ce sujet offre en outre une autre particularité : c'est une dé-
« pression circulaire, infundibuliforme, de 3 à 4 millimètres de
« profondeur, située au niveau de la partie inférieure du sacrum;
« les bords en sont mousses et lisses, le fond paraît adhérent au
« squelette : la peau qui la forme présente les mêmes caractères
« que dans les régions voisines. Cette disposition est loin d'être
« rare chez les jeunes enfants; mais elles est intéressante parce
« qu'elle semble pouvoir donner naissance à des tumeurs parti-
« culières, comme M. Terrillon en a récemment observé plusieurs
« cas. La dépression, qui paraît être la trace de la fermeture du
« canal rachidien, peut se présenter sous des formes assez diffé-
« rentes : tantôt il existe un simple méplat avec adhérences de la
« peau dont la coloration n'est pas modifiée ; tantôt on voit une
« ligne verticale blanchâtre aussi avec adhérences; tantôt enfin
« c'est un infundibulum dont l'axe peut être directement antéro-
« postérieur, comme sur cette pièce et dont la profondeur varie
« avec l'épaisseur de la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée :
« quelquefois l'axe de l'infundibulum est oblique d'arrière en avant
« et de haut en bas, et son orifice aplati figure un V ouvert en haut.

[1] CH. FÉRÉ : Cloisonnement de la cavité pelvienne; utérus et vagin doubles; infundibulum cutané de la région sacro-coccygienne (*Bulletins de la Soc. anat. de Paris*, 4e série, t. III, p. 309; Paris, 1878). — Même volume, p. 532.

« Il est probable que c'est surtout lorsque l'infundibulum présente « cette dernière disposition que la matière sébacée peut s'y accu- « muler et former des tumeurs très analogues à celles que l'on ren- « contre quelquefois à l'ombilic. »

M. Féré ajoute que sur trois pièces de ce genre qu'il a disséquées, il a trouvé « la peau du fond de l'entonnoir adhérente à la « partie inférieure du sacrum et à la base du coccyx par des « brides fibreuses, épaisses, courtes et résistantes. Une seule a été « examinée au microscope; la peau déprimée présentait les mêmes « caractères que sur les régions voisines, sauf que les papilles « paraissent plus effilées et plus minces, et que la couche épider- « mique a une épaisseur notablement plus considérable. »

Dans une séance ultérieure de la même Société, M. Féré revient sur ce sujet à l'occasion d'un kyste congénital de la région ano-coccygienne présenté par M. Ballet. M. Féré dit que cette tumeur pourrait bien avoir pour origine « une de ces fistules borgnes « cutanées qu'on rencontre quelquefois dans cette région. J'ai « maintenant neuf observations d'infundibula d'une profondeur « variant de 2 à 5 millimètres, situés à peu près à la limite du « sacrum et du coccyx, chez de jeunes enfants; sur beaucoup « d'autres, on trouve là une dépression plus ou moins apparente, « au niveau de laquelle la peau est adhérente au cartilage, comme « on peut s'en assurer, soit par la dissection, soit par des coupes « microscopiques comprenant à la fois la dépression ou l'infundi- « bulum et le coccyx. Lorsque l'infundibulum est un peu profond, « il est possible que son orifice puisse s'oblitérer et déterminer la « formation d'un kyste. L'existence de l'infundibulum sacro-coccy- « gien lui-même, ou de la fossette beaucoup plus fréquente, peut « être rattachée à la fermeture du canal rachidien, à la formation « de l'ombilic postérieur sur la position exacte duquel on n'est pas « bien fixé jusqu'à présent : dans cette hypothèse, cette fossette « aurait des liens de parenté avec les spina bifida plus ou moins « complet que l'on observe à la région inférieure de la colonne « vertébrale. Je dois rappeler pourtant qu'il existe une autre expli- « cation de cette particularité anatomique. Récemment, au Congrès « de l'Association britannique pour l'avancement des sciences à « Dublin, M. Lawson Tait a lu une note sur cette fossette, et il « pense que c'est une cicatrice marquant la place de la queue dont « l'homme a dû être doué autrefois. Je ne veux pas apprécier cette « opinion, mais je rappellerai que dans un cas dont j'ai donné un « dessin pour l'album de la Société, il existait en même temps, que « l'infundibulum sacro-coccygien, une déviation du sacrum et du « coccyx dont la direction était absolument rectiligne et verticale, « de sorte que le coccyx faisait une forte saillie sous la peau; cette

« conformation singulière se prête assez bien à l'interprétation de « M. Lawson Tait. »

A propos de ces communications, M. Terrillon dit qu'il a vu deux malades qui présentaient, vers la base du sacrum, une fistule cutanée. Ces deux malades font partie du groupe des trois faits cités récemment par M. Terrillon à la Société de chirurgie.

Je dois ajouter que précédemment, en 1874, M. Desprès présentant à la Société anatomique un kyste dermoïde de la région anococcygienne, dit que chez tous les enfants il existe une petite dépression froncée, à 2 ou 3 millimètres en arrière de l'anus.

Au moment de la naissance, on remarque en effet sur un grand nombre d'enfants, mais non chez tous, une dépression, conique ou froncée, ressemblant presque à une cicatrice, qui occupe la région coccygienne. Mais cette dépression n'a pas l'apparence de l'infundibulum véritable et disparaît après quelques semaines. Il est probable cependant que, chez certains sujets où cette dépression est très prononcée, il en reste plus tard des traces qui constituent ces méplats que l'on observe assez souvent chez les adultes.

Quant à l'infundibulum profond, que M. Féré, dans sa seconde communication, semble regarder comme plus commun chez les jeunes enfants, il ne me semble pas que l'âge exerce sur son existence et son aspect une influence marquée; ce petit vice de conformation, lorsqu'il existe chez l'enfant, ne disparaît pas au moment de l'accroissement et se retrouve chez l'adulte avec les caractères qu'il avait dans l'origine.

Nous allons successivement passer en revue : 1° l'infundibulum coccygien; 2° la fistule paracoccygienne.

I. — *Infundibulum coccygien.*

La première question que l'on doit se poser est celle qui concerne la *fréquence* de la disposition anatomique qui constitue l'infundibulum coccygien. Pour s'en rendre compte, il faut observer une série assez nombreuse de sujets. Les éléments de cette statistique m'ont été fournis surtout par les vénériens de mon service d'hôpital et par les malades qui, m'ayant consulté pour une affection quelconque de l'anus, se sont soumis à un examen qui a permis en même temps de reconnaître s'ils offraient un infundibulum coccygien. Remarquons qu'il s'agissait bien là d'individus pris au hasard, et pouvant donner la fréquence proportionnelle de ce vice de conformation. Or jusqu'ici, le nombre de sujets que j'ai examinés dans ce but s'élève à 960 (670 hommes et 290 femmes). Sur cet ensemble, 918 n'avaient absolument rien, tandis que 42 (29 hommes et 13 femmes) présentaient des traces légères ou prononcées d'infundibulum, ce qui

tendrait à établir la proportion de un cas sur 23 sujets environ. Toutefois, pour avoir la mesure exacte de cette fréquence, il serait peut-être nécessaire de multiplier les recherches.

Je dois faire de suite remarquer que, sur cet ensemble, 15 fois la dépression était mal circonscrite, ayant la forme d'un cône largement évasé, plus étendu d'avant en arrière que d'un côté à l'autre. Dans les 27 autres cas, au contraire, la dépression cutanée avait un contour net, assez abrupt, établissant une ligne de séparation bien tranchée avec la peau voisine. Encore faut-il observer que, dans la plupart de ces derniers, la dépression était légère ; 7 fois seulement sa profondeur dépassait trois millimètres, ce qui, comme on le voit, réduit à une proportion assez minime (à peu près un pour cent quarante sujets) le nombre des infundibula profonds.

En outre des 42 faits que je viens de mentionner, j'en ai observé quelques autres. Ainsi je rappellerai les deux premiers cas relatés au début de ce travail : on sait que ces infundibula étaient assez prononcés pour qu'on ait été conduit à me consulter spécialement à ce sujet. Enfin, j'ai vu deux autres exemples d'infundibula profonds sur des étudiants qui, m'ayant entendu traiter cette question, m'ont dit présenter cette petite anomalie et se sont soumis à mon examen.

Cela porte donc à *quarante-six* le nombre de cas observés. J'y pourrais joindre six fistules paracoccygiennes, mais je les mentionnerai à part.

Le siège, la forme, la profondeur de l'infundibulum seront indiqués tout à l'heure avec précision. Pour l'instant, bornons-nous à dire que le vice de conformation consiste en une dépression de la peau, arrondie ou ovalaire, de petite dimension, qui occupe à peu près invariablement la même position, car elle est le plus souvent placée de 12 à 16 millimètres en arrière de la pointe du coccyx, sur la ligne médiane. Cet enfoncement cutané n'est point pathologique : il ne présente pas les caractères d'une cicatrice. En effet, la peau offre son aspect normal et ses propriétés : la couleur est naturelle, l'épiderme intact, la souplesse du derme n'est pas altérée. Chez un malade seulement, au pourtour de l'infundibulum, j'ai trouvé l'épiderme notablement épaissi. La peau reste mobile sur les couches profondes, cependant un peu moins qu'à l'état normal : nous savons que M. Féré a noté la densité plus grande du tissu connectif sous-cutané à ce niveau.

Si l'on envisage la profondeur de l'infundibulum, on peut en distinguer *deux degrés*. Dans les cas légers, la dépression n'excède pas deux ou trois millimètres, mais elle est cependant très évidente. A un degré plus prononcé, l'infundibulum atteint de 3 à 6, quelquefois même 8 et 10 millimètres de profondeur. Sur les 46 faits

que j'ai observés, 35 appartenaient à la première catégorie, 11 à la seconde.

La *forme* est variable. Au degré le plus simple et le moins prononcé, la peau s'enfonce à une profondeur médiocre sous forme de plans inclinés en pente assez douce, formant une sorte de méplat qui ressemble un peu à une cicatrice déprimée dont la peau aurait conservé ses qualités normales. Dans son ensemble, l'infundibulum représente alors bien exactement un entonnoir très évasé, à grand diamètre dirigé d'avant en arrière. Quinze sujets m'ont présenté cette disposition. Le plus souvent (30 fois), l'infundibulum est limité sur tout son pourtour par un bord bien marqué, à contours nets, ce qui lui donne l'aspect d'un véritable trou, soit arrondi, soit ovalaire et dans ce dernier cas à grand diamètre dirigé d'avant en arrière. Par exception, comme je l'ai vu une fois, le trou est si petit qu'il ressemble à un simple pertuis, comparable à l'orifice élargi d'une glande sébacée.

Une fois enfin, j'ai vu un infundibulum de forme parabolique, bien limité en avant par un bord net, arrondi, tandis que les bords latéraux se portaient directement en arrière en s'effaçant d'une façon progressive.

La *largeur* du trou qui sert d'orifice à l'infundibulum varie de un à quatre millimètres. Toutefois je viens de mentionner des pertuis très petits, punctiformes, ne pouvant admettre que de fins stylets.

Les dimensions relatives de l'orifice de l'infundibulum et de sa cavité ne sont pas sans avoir certaines conséquences. La peau invaginée est naturellement soumise, comme partout, à l'exfoliation épidermique et fournit une sécrétion sébacée. Or si l'orifice est sensiblement plus étroit que la cavité, ce qui est exceptionnel il est vrai, il peut arriver, comme le dit M. Féré, que ces produits s'accumulent dans la cavité et y forment des amas ; mais je ne crois pas que l'orifice soit susceptible de s'oblitérer réellement et que l'on puisse voir un kyste succéder à un simple infundibulum. Il faut remarquer cependant que ces infundibula à orifice très étroit conduisent insensiblement aux kystes dermoïdes que l'on rencontre quelquefois dans cette région, et qui représentent en quelque sorte un degré plus avancé du vice de conformation, l'oblitération congénitale de l'orifice étant complète. Au lieu d'une simple invagination, on a alors un véritable enclavement d'une petite portion de peau. J'ai eu l'occasion d'opérer un très gros kyste dermoïde qui se fixait par un pédicule solide à la face postérieure de la pointe du coccyx. M. Terrillon a enlevé une semblable tumeur qui présentait la même particularité. Il est impossible, je le répète, de ne pas être frappé des relations qui existent

entre ces kystes et le vice de conformation que j'étudie en ce moment.

Dans un cas d'infundibulum coccygien décrit au début de cet article (le second que j'ai observé), les parois de la cavité donnaient naissance à des poils qui, en partie devenus libres, en partie en core implantés dans la peau, s'étaient pelotonnés et formaient une petite masse feutrée qui distendait la cavité, et provoquait une légère douleur due sans doute à un commencement d'inflammation. J'ai pu dérouler quelques-uns de ces poils : ils étaient de couleur claire (bien que la malade fut brune) et avaient en général deux centimètres, quelques-uns jusqu'à quatre centimètres de longueur. Leur diamètre variait de $0^{mm},05$ à $0^{mm},08$.

Le *siège* de l'infundibulum mérite d'être fixé avec précision. Le plus souvent (32 fois sur 46), la dépression cutanée se trouvait de 12 à 16 millimètres en arrière de la pointe du coccyx. Deux fois elle était placée un peu plus en arrière, à deux centimètres de cette pointe. Dans d'autres cas, au contraire, l'infundibulum s'en rapproche : ainsi, six fois il était seulement à un centimètre, et six fois à la pointe coccygienne même.

Le coccyx présente chez l'adulte une longueur d'environ quatre centimètres; le point au niveau duquel se trouve habituellement l'infundibulum correspond, soit à l'union de la 2e avec la 3e pièce de cet os, soit au corps même de la 2e vertèbre coccygienne. Je dois toutefois faire remarquer dès à présent que, sur l'un des sujets atteints de fistule paracoccygienne, l'infundibulum était situé plus en arrière, à quatre centimètres de la pointe du coccyx et par conséquent à peu près au niveau de l'articulation sacro-coccygienne.

Chez deux sujets, j'ai vu en arrière de l'infundibulum de petites dépressions accessoires très ténues, superficielles, punctiformes, qui semblaient être un indice et pour ainsi dire une ébauche de la même disposition. L'un d'eux, porteur d'un infundibulum profond, situé à 15 millimètres de la pointe du coccyx, présentait deux autres petites dépressions punctiformes, très évidentes, mais superficielles, placées également sur le raphé médian, sur la même ligne, ce qui avec l'infundibulum constituait une série de trois dépressions, espacées à environ 3 millimètres les unes des autres. Chez l'autre sujet, atteint de fistule paracoccygienne (Obs. III), en outre de l'infundibulum, il existait trois petites dépressions à égales distances les unes des autres, séparées par des intervalles de neuf millimètres environ.

Enfin quatre des malades atteints de fistule paracoccygienne offraient, comme on le verra plus tard, des *infundibula multiples* (trois chez les malades des obs. IV et V; quatre dans les obs. II et

VI). Il s'agissait bien là d'invaginations cutanées congénitales et non d'orifices accidentels.

Il est donc évident que ces dépressions cutanées singulières peuvent être multiples. Lorsqu'il en existe plusieurs, celles qui doivent être regardées comme accessoires ont tendance à s'éloigner davantage de la pointe du coccyx, et à se rapprocher par conséquent du sacrum; en effet, jamais on ne les trouve au périnée; l'infundibulum le plus antérieur s'est rencontré toujours, en pareil cas, à 10 ou 15 millimètres en arrière de la pointe du coccyx, c'est-à-dire au lieu d'élection de l'infundibulum unique. Leur écartement n'a rien de fixe : ils peuvent être régulièrement espacés ou inégalement distants.

Je n'insisterai pas sur le mécanisme qui préside à la formation de l'infundibulum coccygien. Il est évident que son origine est embryonnaire et, de toutes les hypothèses que l'on pourrait faire et qui ont été énumérées par M. Féré, la plus probable est celle qui met en cause la formation du sillon médullaire de l'embryon et la fermeture du canal rachidien.

Peut-être faut-il, pour ce vice de conformation comme pour beaucoup d'autres, attacher une certaine importance étiologique à la consanguinité : deux des malades atteints de fistule paracoccygienne étaient issus de parents consanguins.

II. — *Fistule paracoccygienne.*

L'infundibulum coccygien n'aurait par lui-même qu'un médiocre intérêt, au point de vue chirurgical du moins, s'il n'était parfois susceptible de donner lieu à des fistules dont j'ai vu six exemples. Toutes étaient complètes, c'est-à-dire pourvues de deux orifices au moins.

La formation de ces fistules paracoccygiennes ne me paraît pas difficile à expliquer. Nous savons que des accumulations de produits épidermiques et sébacés peuvent se faire dans la cavité de l'infundibulum, surtout quand ce dernier est oblique et que son orifice est étroit. Cette rétention peut devenir, dans certains cas, la cause d'inflammations suppuratives de la peau qui constitue le fond de l'entonnoir ; le derme s'ulcère, se perfore, et le pus s'infiltrant peu à peu dans le tissu sous-cutané, donne naissance au trajet fistuleux. Lorsque le trajet est pourvu d'un embonpoint qui augmente l'étroitesse et la profondeur du pli interfessier, les chances de rétention et d'irritation sont encore plus grandes.

Une circonstance très favorable au développement des fistules paracoccygiennes est la présence de poils dans la cavité de l'infundibulum. Au début de cet article, j'ai raconté en peu de mots

un fait qui semble le prouver : chez une jeune fille, j'ai trouvé dans la cavité d'un infundibulum coccygien un amas de poils ayant causé un commencement d'inflammation. Il est probable qu'une fistule se serait établie, si la cavité n'avait pas été débarrassée de cette petite masse qui en distendait les parois. Du reste, les observations III et V nous offriront des exemples de fistules paracoccygiennes ayant eu cette origine.

Souvent, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, le travail inflammatoire s'accomplit lentement, presque sans douleur, et c'est à la longue que le trajet fistuleux se complète.

Les six observations qui suivent donneront une idée de l'aspect que ces fistules peuvent présenter.

Obs. I. — M. P..., âgé de 30 ans, vient me consulter au commencement de l'année 1878 pour une fistule qui date de six mois et qui occupe la région sacro-coccygienne.

En examinant la partie malade, on voit deux orifices par lesquels la pression fait écouler un peu de pus, mais qui ont des caractères bien différents : l'un d'eux, situé exactement sur la ligne médiane, d'une largeur d'un millimètre seulement, à peu près arrondi, est très net, formé par une peau saine qui s'enfonce simplement sous forme d'entonnoir et conserve toute sa souplesse. Cet infundibulum est à 4 centimètres en arrière de la pointe du coccyx.

L'autre ouverture, située plus en arrière, à gauche du sillon interfessier dont elle est distante d'un centimètre, a tous les caractères d'un orifice de fistule ordinaire : elle est rougeâtre, pourvue de bourgeons charnus un peu fongueux. C'est par cet orifice que le pus s'écoule le plus facilement.

Un stylet de trousse ordinaire passe avec facilité d'un orifice à l'autre; la longueur du trajet fistuleux est de 2 centimètres seulement. Cette fistule, quoique assez profonde au niveau de l'infundibulum, ne s'étend pas jusqu'à l'os. Dans les explorations que j'ai faites, je n'ai trouvé ni dénudation osseuse, ni diverticules : le trajet est simple et étroit.

Depuis lors, j'ai revu plusieurs fois ce jeune homme, qui, jusqu'ici, n'a pas voulu se soumettre à l'opération. Le malade se borne à mettre sur l'orifice fistuleux un petit morceau de papier Fayard, qu'il change presque tous les jours pour faire sortir le pus. La fistule conserve la même apparence.

Obs. II. — Au mois de janvier 1879, je suis appelé par mon ami et collègue le Dr Laënnec, près d'une de ses malades, pour une fistule située à quelque distance en arrière du périnée. A première vue, je reconnais un cas comparable à celui du jeune homme dont je viens de donner l'observation. Voici les renseignements que j'ai pu recueillir.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, délicate, née de parents consanguins (cousins germains). Elle a eu cinq frères et sœurs, dont trois ont présenté des monstruosités.

Il y a deux ans, il est survenu un petit abcès à la fesse gauche, tout près du sillon interfessier. Cet abcès s'est ouvert et fermé à plusieurs reprises; depuis un an surtout, souvent l'ouverture se bouche, et alors surviennent des douleurs vives qui portent la malade à percer le bouton avec une épingle : le pus s'écoule et la douleur se calme.

L'état de la région coccygienne est assez particulier. On y voit sur le raphé médian quatre petits pertuis disposés sur la même ligne, mais non également espacés ; le plus inférieur est à 15 ou 16 millimètres en arrière de la pointe du coccyx; celui qui vient ensuite est à 6 millimètres du premier; le troisième à 13 millimètres en arrière du précédent, et enfin, le quatrième à trois millimètres au delà. Ainsi, ces quatre petits pertuis sont disposés deux à deux, les deux inférieurs un peu plus espacés que les supérieurs.

Ils sont constitués par de profondes dépressions de la peau, laquelle conserve à ce niveau sa coloration et son apparence normales ; ce sont donc quatre infundibula, dans lesquels on peut introduire un stylet fin.

En outre, on remarque plus en arrière, à gauche du pli interfessier, et à 1 centimètre de ce pli, un orifice fistuleux à contour inégal, fongueux, qui ressemble aux fistules ordinaires. C'est là que s'est ouvert l'abcès dont il a été question plus haut. Cet orifice accidentel est situé à 15 millimètres en arrière de l'infundibulum le plus postérieur.

Quand, avec un stylet, on explore les cinq orifices, voici ce que l'on constate : les deux pertuis inférieurs communiquent l'un avec l'autre par un trajet fistuleux sous-cutané; on peut en effet faire passer le stylet de l'un à l'autre, et l'on trouve au-dessous d'eux un trajet assez profond, se dirigeant vers les infundibula supérieurs, mais n'arrivant pas tout à fait jusqu'à eux. Par la pression, on fait sourdre par ces deux points inférieurs une petite quantité de pus.

Les deux infundibula postérieurs ou supérieurs, très rapprochés comme je l'ai dit, communiquent également ensemble et, en outre, c'est de là que part le trajet fistuleux proprement dit qui vient aboutir à la fesse gauche, à l'orifice accidentel que j'ai décrit. Ce trajet fistuleux est assez large à sa partie moyenne; il est le siège principal de la suppuration, peu abondante toutefois, qui se fait jour surtout par l'orifice adventice à cause de l'étroitesse des deux infundibula qui correspondent à son autre extrémité.

En définitive, il y a donc chez cette malade deux trajets fistuleux distincts : l'un d'eux, peu étendu, reliant l'un à l'autre deux infundibula ; l'autre, plus long, qui va des deux autres infundibula vers la peau.

L'opération, pratiquée le 29 janvier 1879, est des plus simples. Un stylet étant passé dans le principal trajet fistuleux, pour servir de guide, je circonscris à l'aide de deux incisions demi-elliptiques une portion de peau comprenant les cinq orifices et j'enlève toute la portion de parties molles où se trouvent les deux trajets fistuleux. Pendant cette dissection, on ne remarque point qu'il existe des adhérences très notables entre les parties molles et les os sous-jacents.

La plaie, pansée à plat, marche d'une façon régulière vers la cicatrisation qui est complète au bout de cinq semaines. Depuis lors, cette guérison ne s'est pas démentie.

Voici ce que montre l'examen de la pièce. Les deux infundibula inférieurs, ceux qui, par conséquent, étaient les plus voisins de la pointe du coccyx, viennent s'ouvrir dans un petit foyer purulent sous-cutané, qui s'avance en arrière dans la direction des autres infundibula, mais ne communique pas avec eux, ni par conséquent avec le trajet fistuleux principal. Si l'opération avait été différée, il semble certain que cette communication se serait établie. Les deux infundibula supérieurs s'ouvrent à l'extrémité antérieure du véritable trajet fistuleux, lequel s'étend en arrière et à gauche, pour s'ouvrir, comme je l'ai dit, par une ouverture de nouvelle formation, à 1 centimètre à gauche du pli interfessier. Ce trajet est renflé à sa partie moyenne, très mince à ses deux extrémités.

Obs. III. — Le frère C. J..., âgé de 27 ans, professeur dans une école congréganiste, né de parents non consanguins, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, dans un cabinet de pensionnaires, pour une fistule de la région coccygienne. Il m'est adressé par mon excellent confrère M. le Dr Mauricet, de Vannes.

Début du mal, il y a 3 ans 1/2 ou 4 ans, sous forme d'une petite grosseur un peu douloureuse, située à gauche du pli interfessier. Ce bouton est resté stationnaire pendant deux ans environ ; il n'y a que 18 mois ou 2 ans qu'il s'est ouvert, et il en est sorti très peu de pus. Depuis lors, la fistule n'a pas cessé de suppurer.

Voici ce que l'on remarque dans la région malade. Sur la ligne médiane, au niveau du coccyx, la peau présente un infundibulum très marqué, situé à 1 centimètre en arrière de la pointe du coccyx, large de 3 à 4 millimètres, de forme ovalaire. Son contour est constitué par une peau absolument saine, souple et de couleur normale, qui s'enfonce simplement sous forme de doigt de gant. En outre de ce large pertuis, il existe un peu plus en arrière trois autres dépressions cutanées, placées sur la même ligne et séparées par des intervalles égaux de 9 millimètres ; mais ces trois dépressions sont très superficielles : le stylet ne peut y être introduit.

Enfin, on aperçoit sur les limites internes de la fesse gauche, à 1 centimètre du pli interfessier, un orifice fistuleux avec bourgeons charnus saignants qui représente le point où s'est ouvert le petit bouton dont nous avons parlé.

Un stylet de trousse, introduit par l'infundibulum, pénètre dans le trajet et vient sortir par l'orifice fessier. La fistule mesure cinq centimètres de longueur.

Je fais l'opération le 4 août 1879, avec l'assistance de mon collègue M. le Dr Malherbe fils. Comme dans le cas précédent, j'enlève intégralement le trajet fistuleux, avec la portion de peau qui porte les deux orifices. La plaie, pansée avec de la charpie imbibée d'une solution phéniquée au 50e, marche sans accidents vers la cicatrisation.

Après une immersion prolongée dans l'alcool, la pièce est fendue dans le sens de sa longueur, de façon à ouvrir le trajet fistuleux dans toute son étendue. On y remarque alors les particularités suivantes :

1° L'infundibulum a un centimètre de profondeur, sur deux millimètres de largeur, à sa partie moyenne. Il est constitué par un prolongement cutané qui, se continuant avec la peau voisine, s'enfonce comme un doigt de gant dans l'épaisseur des tissus. Son orifice cutané est légèrement évasé; quant à son extrémité profonde, elle s'abouche dans une cavité sensiblement plus large, qui semble n'être autre chose qu'une dilatation ampullaire de la partie profonde de l'infundibulum. Cette petite cavité donne à l'entonnoir une profondeur de 4 millimètres de plus.

2° La fistule proprement dite fait suite à cette cavité. Elle se dirige directement en arrière d'abord, dans une étendue de 35 millimètres, puis se redresse vers la surface cutanée pour s'ouvrir à l'orifice adventice qui a été mentionné.

3° Mais ce qu'il y a de plus curieux, c'est la présence dans la fistule d'un faisceau de poils qui, nés dans la petite cavité ampullaire, se replient brusquement en arrière et occupent toute la partie moyenne de la fistule. Ces poils, au nombre de 77, sont fins, noirs, parallèlement disposés, d'une longueur de 35 à 40 millimètres. Sans doute, dans l'origine, ces poils devaient être pelotonnés dans la petite cavité qui leur avait donné naissance, et c'est probablement à l'irritation causée par leur présence que la fistule a été due. Après la formation du trajet fistuleux, ils se sont déroulés et y ont pénétré peu à peu, entraînés dans cette direction par le pus et peut-être aussi par les explorations des chirurgiens qui ont observé le malade.

M. Malherbe fils a étudié la structure de la peau de cet infundibulum; voici les résultats auxquels il est arrivé :

« Les modifications histologiques que l'on peut observer dans la peau « de l'infundibulum sont extrêmement simples. Elles consistent dans « un aplatissement de toute la couche épidermique et dans la dispa- « rition des papilles du derme à ce niveau. En outre, on remarque « quelques traces d'irritation qui se manifestent par l'existence d'un « espace vésiculeux autour du noyau de quelques-unes des cellules du « corps de Malpighi (altération étudiée récemment par Leloir). A me- « sure qu'on s'avance vers les parties profondes, on trouve des lésions « plus marquées; on voit l'épiderme desquamer par lambeaux plus « ou moins épais, et il ne reste sur le derme qu'une couche de cel- « lules irrégulières implantées perpendiculairement et formant au bord « de la coupe une frange très irrégulière. En même temps on voit « apparaître dans le derme et le tissu conjonctif sous-cutané les lé- « sions vulgaires de l'inflammation; entre les fibres connectives se « forment des amas de cellules embryonnaires qui, petit à petit, trans- « forment le tissu en un véritable tissu de granulation. Cette lésion « du tissu conjonctif ne va pas très profondément; mais alors que les « fibres conjonctives ont repris leur aspect normal, on retrouve encore « des lésions vasculaires : la paroi des vaisseaux, artères, veines ou « capillaires, est gonflée; leurs cellules endothéliales sont augmentées « de volume, et enfin il y a autour du conduit vasculaire un petit man- « chon de cellules embryonnaires. Les lésions au niveau du trajet fistu-

« leux sont identiquement les mêmes, mais plus avancées; les vais-
« seaux sont presque oblitérés par le gonflement de leur endothélium.
« En résumé, il n'y a là que des phénomènes inflammatoires sans
« aucune lésion spéciale au cas actuel. »

Obs. IV. — La femme X..., habitant Nozay (Loire-Inférieure), âgée de 23 ans, est venue me consulter le 24 juillet 1880.

Cette femme, de bonne constitution, est née de parents qui étaient cousins issus de germains.

Elle raconte qu'à l'âge de dix-sept ans il lui est survenu à la région coccygiennne une suppuration qui a toujours continué depuis.

A l'examen de la partie malade, on remarque sur la ligne médiane trois infundibula inégalement distants.

Le premier, large de 2 ou 3 millimètres, est situé à 15 millimètres en arrière de la pointe du coccyx;

Un second, très étroit, est à 2 millimètres plus en arrière;

Le troisième enfin, aussi large que le premier, est à 18 millimètres en arrière de celui-ci et, par conséquent, à 16 millimètres du second.

Ces trois orifices sont tous constitués par une peau saine, de couleur et de consistance normales, qui s'enfonce simplement sous forme d'entonnoir. Il s'en échappe, quand on presse sur la région, une petite quantité de pus.

Le stylet, introduit dans l'un quelconque de ces orifices, fait reconnaître l'existence d'un trajet fistuleux sous-cutané, qui communique avec les trois infundibula.

La malade, commençant une grossesse, ne peut être soumise à une opération. Je ne l'ai pas revue depuis.

Obs. V. — M. T..., âgé de 35 ans, professeur, est entré à l'Hôtel-Dieu de Nantes, dans un cabinet de pensionnaires, le 26 novembre 1880.

Depuis dix ou douze ans, ce malade éprouve en arrière de l'anus, au niveau du coccyx, des démangeaisons presque continuelles.

Il y a quatre ans environ, il est survenu à la partie la plus interne de la fesse droite, à environ deux centimètres du pli interfessier, un « bouton » qui, après quelques jours, a disparu sans laisser couler de pus, en apparence du moins. Depuis cette époque, à plusieurs reprises le même bouton s'est montré, et il en est survenu un autre à peu de distance du premier. A chaque fois que ces petites grosseurs ont paru, il y avait une douleur assez vive accompagnée de picotements.

La suppuration ne s'est manifestée, dit le malade, que depuis un an ou dix-huit mois. Elle n'a jamais été abondante, mais elle n'a jamais cessé.

A l'examen de la région malade, voici ce que l'on observe : sur la ligne médiane existent trois infundibula cutanés inégalement espacés. L'inférieur, arrondi et de petite dimension, est placé à 12 millimètres en arrière de la pointe du coccyx. Le second, situé à trois millimètres plus en arrière, présente un orifice plus grand et de forme ovalaire. Le troisième enfin, placé à 15 millimètres au delà du précédent, est petit et arrondi.

Les deux orifices adventices, qui ressemblent aux orifices des fistules ordinaires, sont saillants sous forme de petits mamelons. Ils sont à droite du pli interfessier, à environ deux centimètres de ce pli et un peu en arrière des infundibula, de sorte que, ici comme dans les autres cas, le pus a suivi un trajet rétrograde. Ces deux orifices laissent sortir un peu de pus quand on presse sur le trajet fistuleux.

J'opère le malade le 29 novembre 1880 avec l'assistance de mon ami le Dr Joüon. Avant l'opération, on remarque quelques poils qui sortent par les deux infundibula inférieurs; ils ne font qu'une petite saillie de moins d'un millimètre. Avec une pince, on en extrait cinq qui ont deux centimètres et demi de longueur. Il convient de remarquer que le malade a le système pileux très développé. Pendant l'opération, on reconnaît l'existence d'un clapier assez large qui répond aux trois infundibula et aux deux orifices adventices, et qui envoie en arrière un prolongement déjà profond mais sans aucune connexion avec le squelette. J'enlève à la fois toute la masse de tissus qui renferme le clapier et les trajets fistuleux, afin d'avoir une plaie nette, constituée dans toute son étendue par une surface cruentée.

Les jours suivants, la plaie se couvre de bourgeons charnus et marche régulièrement, quoique lentement, vers la guérison; la cicatrisation de cette large perte de substance n'est terminée qu'après six semaines.

Obs. VI. — M. B., âgé de 19 ans, étudiant en médecine, qui assistait à l'opération pratiquée au malade de l'observation V, me dit qu'il est atteint lui-même d'une lésion probablement identique et se soumet à mon examen. Il y a six mois qu'il éprouve de la sensibilité et un léger suintement purulent dans la région coccygienne.

Je constate en effet chez ce jeune homme la présence de quatre infundibula situés dans le pli interfessier et d'un orifice adventice placé plus en arrière, à droite de la ligne médiane. Les infundibula, inégalement distants, sont disséminés sur une longueur d'un peu plus de deux centimètres. Le plus inferieur, placé à un centimètre en arrière de la pointe du coccyx, de forme ovalaire, est d'assez grande dimension, car il mesure quatre millimètres d'avant en arrière. Le second est à un centimètre plus en arrière; les deux derniers enfin, moins espacés. Entre le quatrième infundibulum et l'orifice accidentel, il y a vingt-deux millimètres. Cet orifice adventice, placé à un centimètre à droite du pli interfessier, se présente sous la forme d'une légère saillie percée à son centre d'un trou par lequel s'échappe une petite quantité de pus. Il en coule également un peu des infundibula. Le stylet permet de reconnaître un trajet fistuleux qui fait communiquer tous ces orifices.

En analysant et comparant les observations que je viens de rapporter, on trouve certains points qui méritent d'être mis en relief.

Sur les six malades, deux fois seulement l'infundibulum coccy-

Paris. — Soc. d'imp. Paul Dupont (Cl.). 52.4.82. *Le Gérant*, G. Masson.

gien était simple (Obs. I et III). Chez les quatre autres, il existait des infundibula multiples (trois infundibula dans les observations IV et V; quatre dans les observations II et VI). Il n'y a, à l'égard de ces infundibula multiples, aucun doute à conserver : les caractères de la peau au niveau des infundibula ne pouvaient faire admettre qu'il s'agissait d'ouvertures accidentelles; il y avait là manifestement un vice de conformation congénital. Il est donc évident que la multiplicité des infundibula prédispose à la fistule, car chez les sujets qui n'avaient point de trajet fistuleux j'ai bien pu observer quelques indices ou ébauches de dépressions accessoires, mais il n'existait, en réalité, qu'un seul infundibulum profond.

Autre fait à mentionner : ces observations prouvent que ces deux variétés de fistules paracoccygiennes peuvent être distinguées. Dans l'une, qui paraît de beaucoup la plus fréquente, le trajet fistuleux, partant d'un ou plusieurs infundibula, vient aboutir à un point quelconque de la peau. Dans l'autre variété, le trajet fistuleux se porte d'un infundibulum à un autre, ou même relie entre eux plusieurs infundibula. Ainsi, dans l'observation II, en outre d'une fistule qui s'étendait de deux infundibula vers la peau de la fesse gauche, il se trouvait un autre petit foyer distinct, faisant communiquer entre eux les deux infundibula antérieurs. Dans l'observation IV, le trajet tout à fait médian reliait les trois infundibula qui existaient chez la malade.

Lorsque la fistule s'est ainsi constituée entre deux ou plusieurs infundibula, tous ses orifices ont les caractères propres à l'infundibulum coccygien ordinaire, dont ils ne diffèrent à première vue que par la sécrétion purulente qu'ils fournissent.

En ce qui concerne les cinq fistules qui s'étaient établies entre l'infundibulum et la peau, on peut distinguer : 1° l'orifice infundibulaire; 2° l'orifice adventice ; 3° le trajet fistuleux.

L'*orifice infundibulaire*, simple ou multiple, présente les caractères que nous avons indiqués en décrivant l'infundibulum coccygien. Son diamètre peut varier de 4 à 1 millimètre, il peut être même plus petit encore, comme dans l'observation II; sa forme est arrondie ou ovalaire ; mais dans tous les cas la peau qui le constitue, enfoncée sous forme de doigt de gant, conserve sa couleur normale, sa texture, sa souplesse. Même lorsque l'inflammation était ancienne, jamais je n'ai vu l'orifice infundibulaire se présenter dans des conditions différentes, en sorte qu'il était impossible, même à première vue, de le considérer comme un orifice de fistule ordinaire. A l'aide d'une pression exercée au voisinage, sur le trajet fistuleux, on voit sourdre par l'orifice de l'infundibulum une gouttelette de pus. Enfin il est quelquefois

possible, comme je l'ai mentionné dans l'observation V, de remarquer dans l'orifice infundibulaire des poils qui font une légère saillie et peuvent être amenés au dehors.

Chez les cinq malades qui présentaient un *orifice adventice*, celui-ci était toujours en arrière des infundibula. Cette direction rétrograde prise par le pus a été, sans doute, déterminée par la densité moindre des tissus, à mesure que l'on s'éloigne de la pointe du coccyx.

Il faut remarquer, en outre, que dans aucun cas l'orifice adventice n'était situé sur la ligne médiane, probablement parce que les adhérences de la peau avec les tissus profonds sont plus serrées au niveau du raphé médian que sur les parties latérales. Chez mes cinq malades, le pus s'était fait jour sur un point de la peau voisin du pli interfessier, à 1 ou 2 centimètres de ce pli (trois fois à gauche, deux fois à droite). Chez le sujet de l'obs. V, il s'était même formé deux orifices adventices, à peu de distance l'un de l'autre. Par ces caractères, l'orifice adventice ne diffère point des orifices fistuleux ordinaires. Il s'est généralement présenté sous forme d'une saillie légère, pourvue de petites fongosités saignantes, au centre de laquelle on pouvait distinguer un trou conduisant au trajet sous-cutané.

Le *trajet fistuleux* avait une longueur qui variait de dix-huit millimètres jusqu'à cinq centimètres. Trois malades ont subi l'opération, ce qui a permis d'étudier avec soin les caractères de la fistule. Si l'on fait une coupe qui divise le trajet dans toute sa longueur, on reconnaît facilement les limites de l'infundibulum et du trajet fistuleux. Dans l'infundibulum, en effet, dont la profondeur varie de 5 à 10 millimètres, la peau conserve à peu de chose près ses caractères normaux, et le microscope seul permet de constater, comme nous l'avons dit plus haut, une minceur plus grande de la couche épidermique et une atrophie des papilles du derme. Le fond de l'infundibulum, détruit par la suppuration, se continue avec un trajet dont les parois, inégales et tomenteuses, ressemblent à celles de toutes les fistules. On y rencontre du pus, et en outre, comme on l'a mentionné dans les observations III et V, il peut s'y trouver une mèche ou un paquet de poils. Ces poils, qui se sont ainsi présentés deux fois sur trois dans mes observations, avaient une longueur de 2 à 4 centimètres. La jeune fille dont j'ai parlé et chez laquelle l'infundibulum, renflé en ampoule, contenait un peloton de poils enroulés, aurait fourni sans doute un troisième exemple de fistule paracoccygienne à contenu pileux. Il est donc vraisemblable que la présence de poils dans l'infundibulum coccygien constitue une prédisposition à la formation de la fistule paracoccygienne.

Il faut parfois un temps fort long pour que la fistule s'établisse et devienne complète. Ainsi, dans l'observation III, le mal est resté stationnaire pendant environ deux ans, se bornant à un petit bouton peu douloureux, qui s'était montré là où plus tard devait se produire la perforation de la peau. Probablement ce temps d'arrêt était dû à ce que l'infundibulum permettait la sortie d'une petite quantité de pus au fur et à mesure que ce liquide se produisait.

En résumé, dans les exemples de fistules paracoccygiennes qu'il m'a été donné d'observer, l'orifice antérieur, constitué par l'infundibulum, était situé en arrière de la pointe du coccyx, à une distance de cette pointe qui variait de 1 à 4 centimètres. De là, le trajet se portait en arrière, présentant une longueur de 18 millimètres à 5 centimètres. Jamais la fistule ne s'avançait dans la direction du périnée.

Par l'ensemble de leurs caractères, les fistules paracoccygiennes ne peuvent être confondues avec aucune autre et sont même faciles à reconnaître. L'aspect de l'un au moins de leurs orifices, leur siège, leur direction, ne premettent pas de se méprendre sur leur origine et les différencie de la fistule anale et des fistules succédant aux abcès symptomatiques de lésions osseuses.

Dans la variété qui paraît la plus commune, l'un des orifices de la fistule, celui qui correspond à l'infundibulum coccygien, présente une forme arrondie ou ovalaire et un contour régulier. Cet orifice, quelquefois très étroit, est constitué par une peau normale, complètement saine, qui s'enfonce dans le trajet fistuleux. L'autre orifice, au contraire (accidentel ou adventice), est rougeâtre, induré, souvent fongueux; en un mot, il offre l'apparence de tous les orifices fistuleux quelconques. Lorsque la fistule paracoccygienne s'est établie entre deux ou plusieurs infundibula, tous les orifices ont l'aspect de l'infundibulum coccygien. Dans tous les cas, en prenant soin de courber suffisamment le stylet de trousse, on parcourt facilement toute l'étendue de la fistule et l'on reconnaît que si le trajet suit d'assez près la face postérieure du coccyx, et dans quelques cas la partie voisine du sacrum, jamais du moins ces os ne sont dénudés en aucun point.

La fistule à l'anus est située plus ou moins loin en avant de la pointe du coccyx, se dirige vers le rectum, et son orifice cutané, très généralement placé sur le côté, n'a pas les caractères de l'infundibulum.

Les fistules symptomatiques de lésions osseuses ont un orifice qui ne ressemble point à celui de l'infundibulum coccygien; elles n'occupent que rarement la ligne médiane, et l'exploration du trajet à l'aide d'un stylet fait ordinairement reconnaître l'existence d'une surface osseuse dénudée, à moins que le trajet ne pénètre profon-

dément dans le bassin, ce qui exclut de suite la pensée d'une fistule paracoccygienne.

Abandonnées à elles-mêmes, les fistules paracoccygiennes persistent indéfiniment : une de mes malades la portait depuis six ans. Dans un des cas seulement, le trajet se compliquait de décollement et d'un diverticule; les autres présentaient un trajet simple et étroit, sans doute parce que dans la fistule paracoccygienne l'orifice qui correspond à l'infundibulum n'est pas exposé, à cause de sa nature cutanée, à s'oblitérer provisoirement, comme cela se produit si souvent aux orifices des fistules ordinaires; et dès lors on n'y voit pas habituellement survenir ces rétentions de pus qui distendent le trajet et provoquent la formation de décollements et de trajets secondaires.

Le traitement, très simple, doit avoir pour objet d'enlever entièrement le trajet fistuleux et ses orifices. Dans ce but, un stylet étant au préalable introduit dans toute la longueur du trajet, deux incisions légèrement courbes circonscrivent la portion de peau qui comprend tous les orifices, et en quelques coups de bistouri on enlève largement le trajet fistuleux avec une zone du tissu celluloadipeux qui l'entoure. Tel est le procédé que j'ai suivi chez les trois malades que j'ai opérés et qui ont très facilement guéri. Il convient de remarquer que l'incision simple, et même une excision incomplète, exposeraient à laisser en place une portion de peau invaginée qui mettrait obstacle à la cicatrisation complète de la plaie.

Discussion.

M. Desprès. Il faut remarquer que la conformation de la région coccygienne n'est pas la même chez le nouveau-né, chez l'enfant et chez l'adulte.

Chez le nouveau-né, le bassin descend verticalement en arrière, il n'y a pas de pli interfessier; le coccyx n'est pas courbé, le sacrum est presque droit, et si une dépression existe à la pointe du sacrum, elle est en apparence très près de l'anus.

Chez mon malade, dont l'observation a été présentée à la Société anatomique, la dépression siégeait à 1 centimètre au-dessus de l'anus.

Chez les adultes, dont le système pileux est développé, on observe assez fréquemment de l'irritation dans le pli interfessier; de là peut naître un abcès, puis une fistule qui se porte vers la fesse.

J'ai observé un fait de ce genre chez un malade que j'avais opéré 2 ans auparavant d'une fistule anale; à la suite d'une irritation de la rainure interfessière, un abcès se forma qui s'ouvrit

sur la fesse; j'aurais pu croire à une fistule paracoccygienne, si je n'avais pas déjà vu le malade. Dans ce cas, il m'a suffi de réunir les deux orifices pour obtenir la guérison.

Le mémoire de M. Heurtaux n'est pas assez précis et parmi ces observations, il en est deux dans lesquelles la congénitalité de la lésion n'est pas évidente ; les fistules paracoccygiennes peuvent tenir à d'autres causes, comme je viens de le faire remarquer.

Je dirai à M. Lannelongue que la tumeur que j'ai présentée à la Société anatomique était bien congénitale ; il n'y a pas de doute pour moi, quoiqu'on n'ait fait que l'examen du contenu.

M. Terrillon. M. Lannelongue a trouvé chez les enfants une disposition semblable à celle que j'avais constatée chez les adultes, chez qui j'ai trouvé quatre ou cinq fois un commencement d'infundibulum. Chez les enfants, M. Lannelongue a observé des fistules de la région sacro-lombaire, il en a même vu sur les parties latérales.

Cette disposition est donc plus fréquente qu'on ne le pensait et les infundibula et les fistules relèvent de la même cause.

J'ai revu, il y a 8 jours, le dernier malade que j'ai opéré, il est resté guéri, malgré le grand nombre de ses trajets secondaires que j'avais mis à découvert avec le fer rouge ; ce traitement peut donc suffire, dans certains cas, sans l'excision.

Communication.

Nouveau procédé pour l'opération du phimosis,

par M. Surmay (de Ham), membre correspondant.

Messieurs,

Je viens vous entretenir d'une toute petite opération, intéressante toutefois, et je n'en chercherai pas d'autres preuves que l'attention dont elle a été l'objet de la part de bon nombre de chirurgiens éminents et les procédés assez multipliés qu'on a imaginés pour l'exécuter convenablement. Et, pourtant, je ne sache pas que jusqu'ici aucun de ces procédés ait toujours donné, soit à l'opérateur, soit à l'opéré, pleine satisfaction. Le hasard m'ayant fourni récemment une assez longue série de phimosis à opérer, j'ai expérimenté ou comparé, je ne dirai pas différentes méthodes, mais différentes manières, et je suis ainsi arrivé à en imaginer une qui, naturellement, m'a paru la meilleure. C'est cette manière d'opérer le phimosis, ou, pour parler avec plus de précision, de faire la

circoncision, que je vous demande la permission de vous exposer.

Pour cette opération, d'abord aucun instrument nouveau. Il suffit d'avoir à sa disposition un dilatateur trachéal de Trousseau, une pince à anneaux à mors allongés, de forts ciseaux droits, des serres-fines ou du fil et une aiguille.

C'est dans l'ordre de leur énumération qu'on se sert de ces instruments.

Premièrement, en tendant en avant le prépuce, le chirurgien introduit dans son ouverture le dilatateur fermé. Il le pousse jusqu'au point où il veut faire la section, et alors il l'ouvre en lui donnant la direction longitudinale, c'est-à-dire parallèle à l'axe du corps. Le prépuce se trouve ainsi distendu, et la peau et la muqueuse sont fixées au contact par les petits crochets qui terminent les branches du dilatateur. Si l'on juge que l'instrument est bien à la place qui convient, on le confie à un aide qui le maintient ouvert et en bonne situation. C'est le premier temps.

Deuxième temps. Le chirurgien, qui s'était placé pour le premier temps à la droite du patient, passe à sa gauche. De la main gauche il passe au-dessous du dilatateur les mors de la pince à anneaux et les tient aussi serrés que possible, en ayant bien soin de ne laisser entre ces mors et les crochets du dilatateur que juste l'espace qu'il faut pour les lames des ciseaux.

Au troisième temps on fait la section d'un seul coup.

Enfin le quatrième temps consiste dans l'application des serres-fines ou de la suture.

J'ai pratiqué cinq fois l'opération de cette façon, et j'ai toujours obtenu la section de la peau et de la muqueuse au même niveau. Nul besoin d'inciser ou d'exciser ensuite la muqueuse plus longue ou plus étroite que la peau. C'est là, on le sait, l'écueil sur lequel ont échoué tous les procédés de circoncision quand on a voulu exciser du même coup la peau et la muqueuse. Je l'ai certainement évité dans les cinq opérations que j'ai faites par le procédé que je viens de décrire. J'ose le recommander à mes savants collègues, et leur expérience dira si la fortune, après m'avoir livré une série singulière de phimosis, ne m'a pas fait dupe d'une série heureuse.

Il ne m'a pas échappé qu'il existe un procédé au moyen duquel on obtient une section de la muqueuse au niveau de celle de la peau : c'est celui de M. Horteloup. Mais ce procédé est long et douloureux, au point de justifier l'emploi du chloroforme, et, de plus, il exige un instrument spécial imaginé par son auteur. Tout en reconnaissant que la manière de faire de M. Horteloup doit donner un résultat excellent, je donne la préférence à la mienne, parce que ce même résultat est obtenu par des moyens plus sim-

ples et, pour ainsi dire, sans douleur. En effet, la section du prépuce très distendu en haut par le dilatateur et très serré en bas par la pince, section faite d'un seul coup avec de forts ciseaux à bec-de-lièvre, est à peine sentie.

Deux remarques et je finis.

Il pourrait arriver que les crochets du dilatateur fussent trop mousses; ils glisseraient alors sur la muqueuse, ne se maintiendraient pas au point convenable, et la section se ferait trop près de l'orifice préputial. Il en résulterait justement ce qu'il s'agit d'éviter, un orifice muqueux trop étroit : on s'assurera contre cet inconvénient en appointant un peu les crochets du dilatateur.

Si c'est à la suture qu'on donne la préférence sur les serres-fines, je pense qu'il vaut mieux placer les fils en dernier lieu qu'avant la section. Si on les plaçait avant la section, il faudrait d'abord un aide de plus pour tenir la pince à anneaux, puis, pendant que le chirurgien passerait les fils, il arriverait inévitablement quelque déplacement du dilatateur et de la pince qui compromettrait l'opération.

Discussion.

M. Sée. Le procédé de M. Surmay vient s'ajouter à tous ceux qui ont déjà été proposés, sans être meilleurs que ceux-ci. Je trouve même que ses avantages sont des inconvénients. C'est, en effet, une erreur de vouloir faire la section de la peau et de la muqueuse au même niveau. La peau est toujours dilatable, il faut en enlever le moins possible et, au contraire, sacrifier la muqueuse, c'est elle qui empêche le prépuce de se dilater.

Je rejette donc complètement le procédé de M. Surmay.

M. Horteloup. Dans mon procédé, je ne coupe pas la peau et la muqueuse au même niveau; je trouve, comme il vient d'être dit, qu'on laisse toujours trop de muqueuse. Il convient donc de couper d'abord la peau, puis la muqueuse ensuite dans une plus grande étendue.

M. Surmay. Je répondrai que l'opération que je propose est facile et qu'elle m'a donné des résultats satisfaisants.

M. Verneuil. Avant de publier de nouveaux faits d'opération de phimosis, on devrait établir que l'opération était chaque fois indispensable. Je pense que dans la grande majorité des cas elle n'est pas nécessaire, et il y a déjà plusieurs années que je fais la dilatation du phimosis chez les jeunes sujets, opération facile et qui donne de bons résultats.

M. Horteloup. La dilatation peut suffire dans quelques cas, mais dans d'autres elle est impossible. Quand le prépuce est considérable, qu'il forme une masse énorme, il faut l'enlever.

Chez les enfants, quand le prépuce est long, il y a des inconvénients à le laisser, car il est irrité facilement.

Chez les adultes, j'ai essayé la dilatation avec la pince de Nélaton, mais je n'ai pas eu de résultats heureux et j'ai souvent observé la récidive.

M. Lannelongue. Dans le traitement du phimosis, j'ai d'abord employé le bistouri, variant les procédés et choisissant le plus souvent celui de J. Cloquet; j'excisais plus ou moins de peau et de muqueuse. J'ai eu plusieurs fois de mauvais résultats. Tantôt une nouvelle cicatrice annulaire se formait en avant de la verge; d'autres fois la cicatrice étranglait le gland en arrière; celui-ci se gonflait en massue, s'enflammait; quelquefois la peau laissée au-dessous du gland devenait le siège d'un engorgement.

Aussi j'ai renoncé de plus en plus au bistouri, que je remplaçai par la dilatation à laquelle je trouve beaucoup d'avantage.

Je ferai remarquer que quelquefois elle est insuffisante quand il existe des adhérences entre le prépuce et le gland. Celles-ci doivent alors être détruites avec une sonde cannelée, au moyen de laquelle on circonscrit le gland de chaque côté.

En résumé, je préfère la dilatation chez les enfants.

M. Anger. Je veux seulement appuyer ce qui vient d'être dit par MM. Verneuil et Lannelongue; je pense que, chez les enfants, la dilatation est suffisante: il y a quinze ans que je la pratique et elle m'a toujours donné de bons résultats. On l'exécutait d'abord avec la pince à deux branches de Thibault; on se sert maintenant de la pince à trois branches de Nélaton.

Si l'extrémité du prépuce est indurée, la dilatation ne convient pas; mais si le prépuce est sain, il faut le dilater; on le fixe ensuite en arrière du gland avec une bandelette de linge; la guérison survient en 6 ou 8 jours au plus tard sans laisser de cicatrice; il se fait au niveau de l'union de la muqueuse et de la peau une déchirure dont il ne reste pas de traces.

M. Marjolin. Les accidents immédiats tels que l'hémorrhagie, qui peuvent se montrer à la suite de la circoncision chez les très jeunes enfants, avaient déjà frappé nos maîtres. Pour moi, dans les dix dernières années que je suis resté à Sainte-Eugénie je faisais toujours la dilatation.

Quand l'orifice est très étroit, qu'il ne laisse passer qu'un stylet d'Anel, on doit dilater doucement; s'il existe des adhérences, elles

se déchirent facilement. Dans certains de ces cas, on fera la dilatation en plusieurs séances, 3, 4 si besoin est.

Mais il faut se souvenir de la gravité possible des accidents immédiats de la circoncision et rejeter le plus souvent l'instrument tranchant. M. de Saint-Germain préfère aussi, je crois, la dilatation à l'excision.

M. Desprès. La circoncision a toujours été pratiquée chez les Juifs depuis trente et un siècles, ils se servent d'un bistouri. Le rabbin enlève le prépuce, il reste la muqueuse qu'il dilate par insufflation de façon à la déchirer.

Pour faire l'opération du phimosis avec perte de substance, le meilleur instrument est encore celui de M. Ricord.

Pour moi, je pratique la première opération qui ait été faite, c'est l'incision pure et simple du prépuce, depuis l'orifice jusqu'à la couronne du gland. — Il en résulte une sorte de collerette au-dessous du gland, disgracieuse peut-être, mais cela importe peu. La réunion se fait toujours et il n'y a pas d'accidents, ni de récidive.

Nélaton a eu une récidive à la suite de la dilatation, il m'a montré le malade; j'ai fait une fois cette opération chez un enfant, parce que les parents refusaient toute autre opération, mais j'ai eu une récidive.

M. Marjolin. J'insiste sur la gravité des accidents qui s'observent quelquefois à la suite de la circoncision, et parmi eux je signalerai surtout l'hémorragie, la formation d'un thrombus entre la peau et la muqueuse malgré les serres-fixes.

M. Sée. L'opération pratiquée par les Juifs, n'est pas telle que M. Desprès l'a indiquée. On coupe d'abord la peau et la muqueuse au même niveau, puis la muqueuse est déchirée et rejetée en arrière; une bandelette de linge est ensuite appliquée.

Quant à l'incision dont parle M. Desprès, elle donne des résultats déplorables.

M. Surmay. La modification que j'ai introduite dans la circoncision avait précisément pour but d'éviter l'excès de longueur de la muqueuse.

Des procédés différents conviendront à des cas différents; la dilatation sera suffisante quelquefois.

Chez les cinq malades que j'ai traités par mon procédé, l'opération a été facile et le résultat excellent.

Présentation de malade.

Polype nasopharyngien. — Extraction du maxillaire supérieur. — Transformation fibreuse.

M. Desprès. J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un malade que j'ai opéré d'un polype nasopharyngien. J'ai enlevé le maxillaire supérieur moins le plancher de l'orbite par une incision qui ne défigure pas le malade. L'ablation du squelette m'a permis de poursuivre le polype par des cautérisations répétées qui ont détruit le mal à mesure qu'il se reproduisait. Aujourd'hui le mal ne croît plus, il ne saigne plus, et il marche vers la transformation fibreuse sur laquelle Robert a appelé ici l'attention.

L'opération que j'ai pratiquée n'est pas une opération curative, c'est une opération préparatoire. J'ai fait ce que l'on doit faire pour faciliter la destruction du polype, on ne peut pas faire autrement à moins qu'il s'agisse de sujets arrivés à l'âge où le polype ne croît plus. C'est ce qu'avait très bien indiqué Nélaton.

Je serais incomplet si je n'ajoutais que j'ai fait donner à ce malade un obturateur qui lui permet de manger et de parler facilement, c'est M. Preterre qui lui a fait cet appareil gratuitement, comme il les fait pour les pauvres de nos hôpitaux et je me permets de l'en remercier ici.

Voici l'observation :

D. C..., 18 ans, cordonnier, enfant trouvé, employé comme domestique chez un médecin aux environs de Fougères, fut atteint à l'âge de 16 ans, d'un polype nasopharyngien avec hémorragie. En 1879, le malade avait alors son mal depuis un an, une opération a été faite en province, l'incision du voile du palais en entier. Le polype mis un peu à découvert, a été attaqué par des injections interstitielles d'une solution de chlorure de zinc. Malgré cela, le polype ne fit que croître. Un prolongement orbitaire fit saillir l'œil droit, et la fosse zygomatique fut remplie par un prolongement qui avait le volume d'une pomme. A ce moment, le malade entra dans mon service à l'hôpital Cochin le 1er octobre 1880 ; il y avait deux ans que le polype avait été reconnu. L'enfant avait passé quelques jours à l'hôpital des Enfants assistés où il gagna la rougeole qui éclata le 8 octobre. Le 17 novembre, six semaines après, j'opérai le malade, il était urgent d'agir, car les hémorragies se répétaient et étaient abondantes.

Je fis une incision suivant la base du nez et je divisai la lèvre supérieure après avoir laissé le plus de périoste possible avec la peau, je relevai le lambeau et je sectionnai les os avec une forte cisaille. Je laissai le plancher de l'orbite et je respectai tout ce que je pus du voile du palais ; je ruginai la base du crâne, car le polype était

implanté sur elle par une large surface. Le malade saigna beaucoup, il eut deux syncopes pendant l'opération. Le prolongement orbitaire ne put être atteint en entier; le prolongement de la fosse zygomatique fut facilement enlevé. Le tamponnement fut fait avec de la charpie, saupoudré de poudre de colophane. La suture de l'incision cutanée fut ensuite pratiquée avec des fils d'argent.

Un mois après, la cicatrice était solide, mais le polype existait encore; le pédicule végétait. Je n'en fus pas surpris, et je commençai à pratiquer des cautérisations avec de l'amadou caustique, c'est-à-dire trempé dans une solution saturée de chlorure de zinc. Voici 14 mois que je pratique toutes les semaines une cautérisation. Depuis 1 an, le polype cesse de croître, il n'y a pas eu d'hémorragies; le polype ne saigne plus quand on le touche. Une seule fois, le malade a eu une hémorragie; il y a 2 mois, il s'était gratté et avait arraché une petite portion du polype. Le malade va retourner dans son pays, où le médecin qui l'a déjà soigné va continuer les cautérisations encore pendant quelques mois. Après quoi, le mal sera terminé par transformation fibreuse et atrophie, car le malade est arrivé à l'âge où cette transformation est possible.

Discussion.

M. Berger. L'incision pratiquée par M. Desprès a suffi pour une opération préliminaire, mais elle serait insuffisante pour enlever une tumeur du maxillaire. Alors on devrait prolonger l'incision horizontalement le long du rebord de l'orbite.

M. Lannelongue. Je ne vois pas chez le malade de M. Desprès de preuves de guérison, il y a encore des tumeurs volumineuses à droite et à gauche. L'une a le volume d'une grosse noix, que vont-elles devenir? La formation de nouvelles tumeurs, menaçant de remplir le fond de la gorge, obligera à intervenir pendant plusieurs années. Ce malade doit donc rester en observation et en état de cure active.

Cette pratique a du être suivie sur un malade que j'ai soigné.

M. Anger. Je veux dire quelques mots au sujet de l'éducation de la parole. J'ai soigné deux malades ayant une division congénitale du voile du palais; l'éducation de la parole a été chez eux très rigoureuse et ils parlent bien. Il en sera de même quand on voudra mettre en pratique cette étude.

M. Desprès. Je répondrai à M. Berger que j'ai enlevé un sarcome du maxillaire par la même incision.

Je ne présente pas ce malade comme guéri, mais sa tumeur offrait des prolongements qui n'existent plus et était le siège d'hémorragies qui ont cessé.

Ce malade se rapproche de ceux de Robert et de Nélaton, sa tumeur présente aussi une transformation fibreuse.

L'opération, dans ce cas, n'a pas pour but de guérir le malade ; elle n'est que préparatoire et destinée à permettre le traitement du polype qui est toujours de longue durée.

Présentation d'instrument.

M. Labbé présente au nom de M. Chardin un appareil galvanocautère portatif, qui permet le transport des liquides nécessaires pour la pile et qui se règle facilement.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le secrétaire,

NICAISE.

Séance du 22 mars 1882.

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris;

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Lyon médical. — Journal de thérapeutique. — Annales de gynécologie. — Revue médicale. — Revue médicale de l'Est. — Alger médical. — Revue scientifique. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine;*

3° *La Gazette médicale italienne-lombarde. — Nouvelle gazette d'hygiène de New-York. — Chronique médico-chirurgicale de la Havane. — La Gazette de santé militaire de Madrid. — British medical. — L'École de médecine de Mexico ;*

4° *Du sarcome du rein. — Néphrectomie. — Guérison,* par M. HIGGUET, de Liège ;

5° Lettre de candidature au titre de membre titulaire adressée par M. Richelot ;

6° Une demande de congé de 4 mois adressée par M. Monod, chargé d'un cours complémentaire à la Faculté.

A propos du procès-verbal.

M. Trélat. Au sujet de l'opération du phimosis, je vois que beaucoup de mes collègues font uniquement la dilatation. Je n'ai pas été satisfait de cette méthode. Sur un homme de 57 ans, la dilatation répétée a été suivie de récidive, il s'est formé un bourrelet cicatriciel que j'ai dû opérer par excision.

Sur un enfant de 4 ans, j'ai fait la dilatation; au bout d'un an, le phimosis était redevenu étroit; j'en fis le débridement et plus tard je régularisai l'opération.

Chez un jeune homme qui avait subi une opération incomplète, j'en ai refait une plus complète.

En résumé, quand il y a étroitesse de l'orifice préputial, je fais toujours l'excision ; tôt ou tard l'opération est nécessaire, il vaut mieux la faire tôt que tard, et la faire complète qu'incomplète.

Je me sers d'une pince de trousse et de ciseaux ordinaires; je résèque moins de peau et je coupe la muqueuse à 12 millimètres de la couronne du gland. Après avoir fait une incision dorsale, je régularise les deux lèvres de chaque côté, puis j'applique des serres-fixes.

Je crois cette pratique bonne.

Rapport

par M. Polaillon, *sur un cas de mort par le chloroforme,*

Par M. Martel, de Saint-Malo.

Les discussions récentes sur les accidents imputables à l'anesthésie chloroformique donnent un intérêt d'actualité à la communication de M. le Dr Martel sur un cas de mort subite par le chloroforme, arrivé le 31 janvier de cette année :

Observation. — Le sujet est un ouvrier boulanger, âgé de 29 ans, adonné avec excès à l'usage habituel des boissons alcooliques, pâle, d'apparence assez chétive, non pas très amaigri, mais présentant des formes grêles et presque féminines.

Porteur d'une gueule de loup, et opéré dans l'enfance du bec de lièvre concomitant, il parle avec difficulté, et son intelligence est abrutie par l'ivrognerie et la misère. Il est atteint depuis l'âge de 12 ans d'une hernie inguinale droite volumineuse qui s'est étranglée plusieurs fois et a finalement déterminé une tumeur permanente très gênante. Cette infirmité lui rend le travail presque impossible, et il veut en être débarrassé à tout prix.

Il s'agit en réalité d'un abcès à parois très épaisses, isolé de la cavité péritonéale, et que je me suis déterminé à ouvrir largement.

Le patient voulant être endormi, j'en profite pour employer le thermo-cautère, à cause de l'épaisseur et de la vascularité probable de ces tissus, qui viennent d'être le siège d'une inflammation intense, le dernier étranglement datant de 6 semaines environ.

Aussi loin que portent nos renseignements, il n'a pas eu de maladie des voies respiratoires; je n'ai constaté aucun trouble de ce côté, malgré l'usage fréquent des bains tièdes; les battements du cœur sont réguliers, d'une fréquence normale. A l'auscultation, les bruits sont un peu faibles et mous, le premier d'un timbre un peu clair, mais sans mélange de souffle.

L'appétit est bon, les digestions normales. Ayant pris le matin un bouillon et un peu de vin, X... est amené vers 9 heures dans une salle vaste et bien aérée, couché sur un lit, la tête un peu basse, et soumis au chloroforme.

On emploie le procédé avec lequel je me suis familiarisé comme interne de Michon, et souvent chargé de ce soin dans son service.

Une grande compresse, nouée par un fil à une extrémité, forme un godet conique rempli de charpie sur laquelle on verse le liquide anesthésique. Cette partie rétrécie par la ligature est placée sur le nez et la bouche et permet en dessous et sur les côtés le libre accès de l'air, tandis que le bout flottant repose sur la partie supérieure de la face pour empêcher la dispersion des vapeurs.

Le confrère chargé de l'anesthésie, très exercé à cette pratique, fit remarquer que la malformation du gosier nous apportait une inconnue au point de vue de la chloroformisation, et se promit de redoubler de prudence.

L'inhalation se fait sans rien présenter de notable. L'excitation, très rapide et très courte, ne dépasse pas le degré ordinaire chez un alcoolique. En très peu de temps, le sommeil est profond, la résolution et l'insensibilité complètes. D'après les renseignements obtenus, il n'y a pas eu plus de 15 à 20 inhalations, interrompues par les mouvements du malade qui ont un moment dérangé la compresse, et la quantité de chloroforme versée n'a pas dû excéder 4 à 6 grammes.

Immédiatement la compresse a été écartée.

Je constate alors que la respiration est régulière, forte, un peu stertoreuse; le pouls, surveillé avec soin, est bon à ce moment.

J'avais à peine commencé l'opération et incisé à petits coups la peau sur la longueur de quelques centimètres, sans que le sujet donnât aucun signe de sensibilité, lorsqu'on m'avertit que le pouls faiblit,

puis bientôt qu'il n'est plus senti. La respiration n'avait d'abord pas été modifiée. Elle s'affaiblit à son tour, mais progressivement, et avec une lenteur relative.

Au premier signal, je m'étais arrêté et avais immédiatement attiré le haut du corps et la tête dans une position déclive. J'introduis le doigt dans la gorge et constate que la langue n'est pas refoulée en arrière, que le pharynx ne contient pas d'aliments régurgités, mais aussi qu'il n'y a plus aucune sensibilité ni contraction des muscles sous l'influence de la titillation.

Cependant, la respiration s'arrête comme le pouls. Je relève le sujet, pratique l'insufflation bouche à bouche, en attendant le tube de Chaussier, que j'introduis dans le larynx, puis, en même temps, la respiration artificielle, soit par la pression alternative de l'abdomen et du thorax, soit par l'élévation forcée des bras.

Pendant la durée de ces manœuvres, et sans doute sous leur influence, nous pûmes à trois reprises constater une inspiration profonde, singultueuse, mais isolée. Malgré la persistance des moyens employés, le premier succès ne se renouvela pas. Les fonctions respiratoires et circulatoires ne reprenant pas leur jeu, la face restant très pâle à ce moment encore, après avoir entre temps frictionné les narines avec de l'ammoniaque, je pratiquai l'incision complète et prolongée, qui n'eut pas d'autre résultat que de changer la pâleur en une coloration légèrement violacée. Alors, comme ressource dernière, je fais rapidement la trachéotomie. Un léger écoulement de sang veineux me donne quelque espoir, mais l'insufflation directe de l'air dans la trachée, à l'aide d'une grosse canule à bout arrondi, reste sans aucun effet. Après avoir continué ces tentatives bien au delà du moment de la mort réelle, il fallut bien se rendre à l'évidence. Je n'employai pas l'électricité pour cause d'impossibilité matérielle.

L'autopsie fut faite le jour même, la rigidité cadavérique commençait à se faire sentir.

Encéphale. — Les sinus de la dure-mère contiennent peu de sang. Les veines de la pie-mère sont affaissées et vides. La substance cérébrale est pâteuse, un peu molle, sa couleur tire sur le lilas, mais sans apparence de piqueté vasculaire. Il ne s'écoule de liquide ni de la grande cavité, ni des mailles de la pie-mère, ni des ventricules.

L'arachnoïde viscérale est épaisse, sans opacité notable. Elle résiste à la déchirure, mais se sépare de la surface des circonvolutions, sans entraîner de substance cérébrale.

Thorax. — Les grosses veines sont gorgées de sang liquide, surtout la veine cave supérieure. Les poumons ne renferment pas de tubercules ; ils sont un peu emphysémateux et congestionnés en même temps, surtout en arrière. Ils s'affaissent à peine, ce qui paraît dû à des adhérences pleurales très étendues du côté gauche, et générales, ou peut s'en faut, à droite, membraneuses et plus épaisses de ce côté, rougeâtres, sans épanchement liquide et sans vestiges d'exsudat fibrineux. Bien que complètement organisées et résistantes, elles se lais-

sent détacher par la pression des doigts, sans déchirure des tissus sous-jacents. Pas de péricardite.

Le cœur est un peu gros, revêtu d'une couche de graisse qui lui fait une enveloppe complète, plus épaisse au niveau du ventricule droit.

Le ventricule gauche est globuleux, sans dépasser la longueur de son congénère. Ses parois sont assez épaisses et manquent de souplesse. Le tissu musculaire présente une coloration légèrement jaunâtre. La cavité est un peu dilatée.

Les deux ventricules sont vides.

L'endocarde est sain, ainsi que les valvules artérielles qui sont suffisantes.

Les valvules auriculo-ventriculaires sont comme atrophiées, étroites, minces et transparentes, sauf vers le bord libre qui est ratatiné et épaissi. Cet état est constitué par des plaques de sclérose vulgaire. Le tissu des piliers est sain; mais au milieu de la paroi, je crois avoir constaté des traces légères de myocardite. Les fibres musculaires sont striées, mais un peu vaguement par places, et présentant quelques granulations. L'acide acétique y fait paraître des noyaux plus nombreux, m'a-t-il semblé, qu'à l'état normal.

Abdomen. — Péritonite partielle, assez intense, occupant tout le côté droit du bas-ventre, caractérisée par la rougeur assez vive de tous les organes, surtout de l'anse intestinale herniée ; ils sont tous réunis entre eux et aux parois par de fausses membranes minces et récentes. Pas d'exsudat fibrineux ; pas d'épanchement liquide.

L'estomac est vide et rétracté.

Le foie, la rate, les reins offrent l'apparence normale, comme volume et coloration, sauf peut-être un état de légère congestion.

Réflexions.

Grâce à l'intermédiaire obligeant de mon excellent ami, le Dr Polaillon, l'analyse du chloroforme a été faite par M. Chastaing, pharmacien en chef de la Pitié, qui a bien voulu me remettre la note que voici :

Je, soussigné, pharmacien de l'hôpital de la Pitié, ai fait l'examen du chloroforme qui m'a été remis par M. le Dr Polaillon.

J'ai constaté ce qui suit :

1° L'odeur est agréable;

2° Le chloroforme est neutre ; il est sans action sur le papier de tournesol ;

3° Il ne précipite pas le nitrate d'argent ;

4° Il n'cst pas modifié par addition d'acide sulfurique ;

5° Il se colore légèrement lorsqu'on l'additionne de fuchsine ;

6° Son point d'ébullition est à 62° ;

Ce point d'ébullition est constant ;

7° Il réduit la solution alcaline de permanganate de potasse au bout de 2 minutes environ.

Ce chloroforme n'est donc pas absolument pur. Il contient une petite quantité d'alcool ordinaire, impureté à laquelle il n'y a lieu d'attacher aucune importance.

La série des symptômes et les lésions cadavériques se rapportant exactement au type le plus fréquemment observé dans les morts subites par le chloroforme, ce fait ne présente pas l'intérêt de la nouveauté. M. Martel y relève toutefois deux particularités qui méritent l'attention :

1° C'est d'abord l'existence d'une malformation du gosier. La gueule de loup n'a pas été signalée, que je sache, comme une cause de danger spécial, à plus forte raison comme contre-indication à l'emploi du chloroforme. Cependant, le vaste hiatus de la paroi buccale permet un accès plus direct aux vapeurs, et change par conséquent les conditions ordinaires de l'inhalation. Car ces vapeurs peuvent être, par là même, absorbées plus rapidement. Leur entrée plus facile dans le larynx doit provoquer aussi une excitation plus vive de sa muqueuse et augmenter les actions réflexes (inhibitoires) qui en résultent.

2° Outre les lésions assez légères, et sans doute d'origine alcoolique portant sur les méninges et le cœur, l'autopsie a fait constater les vestiges d'une péritonite partielle d'origine herniaire et d'une pleurésie plus intense et plus étendue, toutes deux paraissant contemporaines.

A défaut d'autre cause appréciable, et en particulier en l'absence de tubercules, M. Martel rapporte aussi cette dernière à l'influence de l'étranglement, à la manière des accidents congestifs du poumon signalés dans les mêmes circonstances.

Mais il faut remarquer que ces deux importantes phlegmasies ont évolué sans provoquer aucun phénomène réactionnel, ni antérieurement, ni pendant les trois semaines où M. Martel a suivi de près le malade. Il ne toussait pas, malgré l'usage des bains tièdes. Il n'y a eu ni fièvre, ni douleurs. Les vomissements avaient cessé aussitôt la réduction de la hernie obtenue.

Le silence de l'économie sous le coup de lésions aiguës, aussi intenses que cette pleurésie atteste, semble-t-il, une perturbation, une débilitation profonde des fonctions organiques, et en particulier du système nerveux, dues à l'ivrognerie excessive, à la misère et aux conditions morales dépressives. Le présentateur attache à cet état général, dénoncé par l'absence du cri des organes malades, une importance bien plus grande dans l'espèce qu'à la lésion elle-même, bien que les adhérences pleurales étendues aient été considérées comme une cause directe d'accidents et de mort par le chloroforme.

Les altérations du cerveau et du cœur, l'état sémi-cachectique,

présentent à un degré peu avancé le tableau anatomique le plus habituel dans ces cas malheureux. Mais comme on les rencontre fréquemment, et à un degré plus avancé sur des sujets qui n'ont éprouvé du chloroforme que des accidents faibles ou nuls, il paraît impossible de leur attribuer exclusivement l'issue fatale.

Parfois on a pu incriminer l'impureté de l'agent pharmaceutique ou l'imprudence d'un opérateur inexpérimenté, mais ici le chloroforme était de bonne qualité, et administré par un chirurgien exercé et d'ailleurs mis sur ses gardes.

Parmi les autres explications données à ces revers, relativement si rares, il en est une qui me paraît justifiée par les détails de cette observation, c'est l'abaissement excessif de la vitalité, accidentel ou permanent, dû à des causes très variables suivant les cas, mais qui sont ici facilement appréciables (saturation alcoolique, misère, chagrin). Cet état asthénique ressort de la comparaison entre les phénomènes observés pendant la vie et les résultats de l'examen cadavérique.

Il faut donc admettre, comme dans bon nombre de faits inexpliqués, que la mort est arrivée brusquement, parce que, en raison des circonstances individuelles signalées, il n'existait plus chez le sujet cette tolérance de l'organisme normal pour l'anesthésie chloroformique, de laquelle dépend ce qu'on a appelé en physiologie la zone maniable du chloroforme, tolérance qui suppose l'intégrité des organes et des fonctions, et dont l'étendue varie infiniment dans les conditions diverses des maladies auxquelles nous avons affaire dans la pratique chirurgicale, à ce point qu'elle peut être complètement supprimée, et qu'alors l'insensibilité se confond pour ainsi dire avec la mort définitive.

L'organisme, déjà affaibli, n'a pu fournir les frais d'un nouvel affaiblissement, si léger qu'il soit, inséparable de l'action anesthésique, surtout du chloroforme.

En considérant à ce point de vue toutes les notions acquises sur le sujet, on groupe sous un seul chef les explications variées de la mort survenue en dehors des lésions organiques massives ou de circonstances extérieures suffisantes, et on remplace avantageusement l'idée vague et stérile d'idiosyncrasie.

Si l'on se demande quelle a été la cause de la mort, on peut répondre sans hésitation qu'elle ne réside ni dans une impureté du chloroforme, ni dans l'administration imprudente de cet anesthésique. Cette cause dépend donc du malade lui-même.

Bien que la division de la voûte palatine ne soit pas une contre-indication à l'emploi du chloroforme, on peut admettre que cette malformation prédispose à un empoisonnement en permettant l'in-

troduction et l'absorption d'une grande quantité de vapeurs chloroformiques en un temps donné. Mais, dans le cas particulier, l'aide de M. Martel avait prévu ce danger et avait redoublé de prudence dans l'administration de l'agent anesthésique. Il n'est donc pas probable que l'accident, qui a trompé ses efforts, puisse être attribué à la malformation palatine.

D'ailleurs, le patient portait d'autres lésions qui le rendaient singulièrement accessible à l'action nocive du chloroforme. Indépendamment d'une altération peu avancée mais visible du myocarde, l'autopsie révéla l'existence d'une péritonite partielle, mais surtout d'une pleurésie avec fausses membranes, qui avait évolué sourdement sans phénomènes réactionnels et n'avait pas manifesté sa présence durant les trois semaines pendant lesquelles le malade fut suivi par le docteur Martel. Or on sait que les adhérences pleurales étendues ont été considérées comme une cause directe d'accidents et de mort par le chloroforme.

Ajoutons à cela le défaut de réaction de l'économie qui indiquait chez le malade une dépression profonde du système nerveux, dépression produite par l'alcoolisme, la misère et les chagrins. Aussi son organisme, déjà affaibli par toutes ces causes, n'a pu résister au nouvel affaiblissement que produit nécessairement l'action du chloroforme.

Nous conclurons donc, avec notre confrère de Saint-Malo, que la mort est arrivée parce que le sujet ne présentait plus la tolérance de l'organisme normal pour l'anesthésie chloroformique, tolérance qui suppose l'intégrité des organes et des fonctions, et dont l'étendue varie à l'infini avec les conditions diverses des maladies.

L'excellente observation de M. Martel démontre, une fois de plus, que la mort par le chloroforme arrive inopinément, malgré les précautions du chirurgien. Il n'est donc pas juste de faire retomber sur lui la responsabilité d'un accident, qui a sa source dans un ensemble de conditions cachées pendant la vie et qui ne se sont révélées qu'à l'autopsie.

Je propose de voter des remerciements à M. le docteur Martel, et de publier son observation dans nos bulletins.

Discussion.

M. Berger. D'après l'observation, on ne saisit pas bien par quel mécanisme la mort est survenue; selon M. Martel, ce serait par syncope, les lésions pulmonaires n'y étant pour rien.

Le malade était en résolution, la respiration normale, l'opération était commencée quand la syncope s'est produite.— Ce n'est pas là la syncope du début, laryngo-réflexe.

La malformation du malade, la gueule de loup est pour peu de chose dans l'accident ; la division palatine pourrait avoir pour conséquence des inhalations trop brusques et une irritation trop forte sur le système nerveux, d'ou peut-être une syncope laryngo-réflexe ; mais ici le malade était en résolution, en saturation chloroformique.

Les lésions pulmonaires expliquent mal la mort, il n'y a pas eu de phénomènes asphyxiques, mais une syncope pendant la résolution.

On ne peut incriminer le mode d'administration du chloroforme, quoique celui qui fut adopté soit à peu près abandonné. Quand on se sert d'un cornet garni dans son fond d'une masse spongieuse, éponge, charpie, même en versant peu de chloroforme, on peut le faire respirer à dose massive.

Ici la résolution fut obtenue après vingt inspirations, c'est-à-dire au bout d'une minute environ, tandis qu'en général il faut au moins cinq minutes et même souvent dix pour arriver à cet état.

Le malade a donc traversé rapidement la période primitive, la résolution a été obtenue avec une dose minime mais massive.

Si on avait ensuite supprimé le chloroforme, il ne serait pas survenu d'accident, mais il a été continué et le malade est mort comme s'il avait été soumis à une proportion exagérée de chloroforme.

Ce fait montre qu'au début il faut donner des doses faibles et que les intermittences sont indispensables. Au lieu du cornet, je préfère la compresse, afin que les vapeurs de chloroforme soient mélangées à une plus grande quantité d'air.

M. Desprès. Je me suis déjà prononcé sur la cause des accidents dans l'anesthésie. Le chloroforme tue quand le malade est dans des conditions de santé qui le mettent en danger, son impureté et la manière de le donner n'interviennent pas.

Chez le malade de M. Martel deux causes sont intervenues ; il a été endormi pour une lésion inflammatoire, dans ce cas le chloroforme agit rapidement ; deux petits verres d'eau-de-vie mettraient aussi, dans ce cas, le malade en ébriété. Mais la véritable cause de la mort ce sont les adhérences pleurales; on a fait jouer également un rôle au gonflement des ganglions bronchiques; peut-être des adhérences intestinales à la paroi ont-elles eu de l'influence en gênant les mouvements du diaphragme.

Je le répète, les malades meurent quand ils sont dans des conditions de santé qui les mettent en danger; je partage sur ce point l'opinion de M. Gosselin.

M. Terrier. Je féliciterai d'abord M. Martel d'avoir publié son

observation; la connaissance des faits de ce genre serait plus utile que des discussions théoriques.

Je n'ai jamais vu de malade endormi complètement après quinze ou vingt inspirations; il y a un moyen indiqué par Chassaignac pour reconnaître l'anesthésie complète, c'est la pression des adducteurs de la cuisse.

Le malade de M. Martel est mort au début de la chloroformisation; le chirurgien le croyant endormi, prend l'instrument; mais le malade n'était qu'inconscient; l'incision détermine chez lui un phénomène réflexe, dont la conséquence est une syncope; c'est l'expérience que l'on fait sur les animaux.

Je ne partage pas l'opinion de M. Desprès sur le rôle des adhérences pleurales. Avec M. Lucas-Championnière j'ai pratiqué une résection humérale à un malade qui venait d'avoir une pleurésie; je m'attendais à des accidents; il y eut des phénomènes d'asphyxie; mais le malade revint à lui par la respiration artificielle.

Les adhérences ne jouent donc pas un rôle dans la mort subite.

M. Desprès dit que la mort arrive quand le malade présentait déjà des lésions anatomiques; une de mes malades succomba à une syncope pendant l'anesthésie; je n'ai pas trouvé de lésions appréciables et cette femme était sujette à des syncopes; chez le malade de M. Martel, il y a eu excitation d'un nerf sensible, puis une syncope.

M. Perrin. En versant le chloroforme sur une éponge, de la charpie, on fait respirer au malade, dit M. Berger, trop de chloroforme; je ne suis pas de cet avis; si le corps sur lequel on verse le chloroforme est perméable à l'air, la tension des vapeurs de chloroforme est en rapport avec la température du lieu et on a au plus le maximum de tension.

Le phénomène est le même avec la compresse simple ou avec le cornet; la proportion des vapeurs est la même dans les deux cas; on verserait le chloroforme à flot qu'on n'augmenterait pas sa quantité.

M. Desprès. Dans la plupart des cas, la mort arrive dans la première période. Voici un exemple de mort par asphyxie à cette période.

En 1859, une femme qui était tombée d'un cinquième étage entre dans le service de M. Manec, elle avait une luxation de l'épaule. Elle s'endort rapidement, après huit ou neuf inspirations je commençai les tractions, la malade devient bleue et meurt. Elle avait de la congestion des deux poumons et une fracture de côte La lésion fut la cause de la mort.

La lésion peut siéger sur le cœur, aussi bien que sur le poumon.

On a dit que par suite d'une prédisposition, d'un état nerveux, la syncope pouvait survenir, mais c'est une théorie.

Un de mes malades épileptique a eu une attaque pendant la chloroformisation; un autre fois, je l'endors sans qu'il ait d'attaque.

L'anesthésie complète n'est pas toujours nécessaire; pour les opérations de courte durée, on peut cesser le chloroforme après la période d'excitation.

Pour la réduction des luxations, la résolution complète est nécessaire; il faut endormir jusqu'à la garde, je me suis mis dans ces conditions dans huit cas de luxation de la cuisse.

Avant de donner le chloroforme, le chirurgien doit examiner son malade, le faire respirer à fond; s'il est alcoolique, le chloroforme est sans danger.

Le mode d'administration de Nélaton est le meilleur, avec lui le malade ne tousse pas; on verse le chloroforme sur une compresse, sous laquelle l'air passe, c'est seulement un peu plus long.

L'anesthésie doit être obtenue par continuité plutôt que par dose massive.

M. Berger. Je ferai remarquer à M. Perrin qu'avec le cornet le chloroforme est donné à l'état de saturation, tandis qu'avec la compresse il y a mélange d'une grande quantité d'air, il n'y a pas alors saturation.

Les adhérences pleurales si fréquentes, d'après les recherches de MM. Richet et Le Dentu, présentent peu de danger, j'ai fait des contre-ouvertures dans l'empyène et j'ai réséqué des côtes sans voir d'accidents.

M. Terrier. Il faut endormir les malades à fond, car au début, comme le disait Chassaignac, la sensibilité peut être non consciente et son excitation amener cependant des troubles du côté du cœur.

M. Trélat. Je partage l'opinion de M. Terrier sur le cas de M. Martel; je n'oserais pas dire que le réflexe sur le cœur est le genre de mort le plus fréquent, mais il est fréquent.

On est frappé de la subite gravité de l'accident et, si le cœur est arrêté, il est bien difficile de le faire rebattre.

M. Després comparait l'action du chloroforme à celle de l'alcool et disait que l'accoutumance au chloroforme créait une disposition favorable, comme chez les alcooliques; mais M. Le Fort avait endormi une malade sept fois, elle sucomba à la huitième.

Dans le cas de M. Manec, le premier cas de mort publié en France, je crois, il y a eu mort par arrêt réflexe du cœur, amené par les tractions.

On peut dire que le malade est prédisposé au réflexe mortel,

mais qui reconnaîtra cette prédisposition? Le chien auquel on pince le pneumogastrique pendant l'anesthésie, meurt; il n'avait pas de prédisposition.

Si l'on irrite le trijumeau, le glosso-pharyngien, les nerfs des organes génitaux, on peut faire naître la prédisposition.

M. Polaillon. Je pense avec M. Berger que la mort a eu lieu par syncope. Cette syncope survenant au moment de l'application du thermo-cautère sur les tissus, pourrait recevoir l'explication que MM. Terrier et Trélat en ont donnée, si le patient n'avait pas été absolument insensibilisé à ce moment. Je soutiens donc que si le patient n'avait pas présenté cet affaiblissement général et ces lésions cardiaques et pulmonaires, sur lesquelles M. Martel a insisté, la syncope aurait pu ne pas être mortelle.

Quant au procédé employé pour la chloroformisation, je suis de l'avis de M. Berger qui préfère la simple compresse au procédé du cornet rempli de charpie imbibée de chloroforme. M. Martel n'avait pas employé le procédé du cornet, mais une simple compresse nouée à un bout avec un peu de charpie. Avec ce procédé, le patient est mieux à l'abri de l'absorption des doses massives, et on peut facilement faire les intermittences.

Avec M. Terrier, je félicite M. Martel d'avoir soumis son observation à l'examen de la Société de chirurgie, car ce n'est qu'en groupant les faits de cette nature que l'on pourra reconnaître les causes de la mort par le chloroforme.

Les conclusions du rapport de M. Polaillon sont mises aux voix et adoptées.

Communication

Sur un cas d'abcès rétro-pharyngien.

M. Trélat. Ce matin, je fus appelé par M. Potain dans son service pour voir un malade atteint d'une maladie du cœur et chez lequel un abcès s'était formé dans la région du cou.

Il s'agit d'un homme de 46 à 47 ans, ayant sur le côté gauche du cou une déformation allongée descendant jusqu'au quart inférieur du cou, sans changement de couleur à la peau; on sent à la surface des battements artériels considérables sur le trajet d'une ligne déterminée et dus au soulèvement d'une artère par la tumeur; il n'y a pas de bruit particulier; par la compression du doigt, on détermine un thrill manifeste.

Par la bouche, on constate que la moitié gauche du pharynx est soulevée et rejetée en avant; avec le doigt, on sent en ce point de la fluctuation.

A ce sujet, je dirai un mot de la recherche de la fluctuation dans les abcès rétro-pharyngiens; au moyen ordinaire qui consiste à déprimer brusquement l'abcès avec un doigt pour sentir le ballottement, je préfère introduire jusqu'à la tuméfaction les deux index accolés parallèlement, et rechercher la fluctuation avec l'extrémité de chacun.

Le malade que j'examinais avait un vaste abcès rétro-pharyngien qui déterminait de la douleur et de la gêne dans la déglutition.

L'abcès était-il ossifluent ou glanglionnaire? Sa marche avait été assez rapide, le début remontait à moins d'un mois; je pensai qu'il s'agissait d'un abcès glanglionnaire. Une intervention était nécessaire.

Je fis sur le pharynx avec le bistouri un débridement de 3 centimètres qui donna issue à un flot de pus louable.

Qu'allait devenir ce foyer formé par une vaste poche descendant jusqu'au quart inférieur du cou et ouvert en haut dans le pharynx; craignant la rétention du pus, je résolus de placer un drain dans le foyer. Afin de traverser sûrement la partie inférieure du cou qui est une région dangereuse, j'introduisis par le pharynx un trocart courbe modifié et en poussant son extrémité vers la peau, je pus choisir un endroit favorable sans avoir à craindre de blesser quelque vaisseau ou nerf; la veine jugulaire externe fut aussi détournée.

Cette manœuvre m'a paru plus simple que celle qui aurait consisté à ouvrir directement l'abcès par la peau, en faisant une incision le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien; j'aurais dû traverser alors une épaisseur assez considérable de tissus.

Ce mode de traitement des abcès rétro-pharyngiens qui sont relativement assez rares m'a paru intéressant à signaler.

Discussion.

M. Berger. On peut se demander si une simple incision extérieure dans le point le plus déclive n'eût pas été suffisante et préférable à l'incision du pharynx qui peut présenter quelques dangers. M. Hermann a ouvert ainsi une artère. Par l'incision extérieure, on eût pu introduire un drain dans la partie supérieure du foyer.

M. Trélat. Dans ce cas, il s'agissait d'un abcès ganglionnaire profond; par la peau, l'opération eût été complexe, il eût fallu traverser une épaisseur de 1 centimètre et demi à 2 centimètres de

tissus et éviter les organes de la région ; l'opération que j'ai faite était plus simple.

M. Lannelongue. L'incision du pharynx dans les cas d'abcès ganglionnaire me paraît sans danger.

Je suis heureux de voir M. Trélat nous donner un bon moyen de reconnaître le pus ; on peut trouver encore un bon signe dans cette particularité que la tuméfaction est dure à la périphérie et molle au centre; dans ce cas, on est autorisé à porter le bistouri sur la portion ramollie; mais avec les deux doigts, on aura plus sûrement la sensation de fluctuation.

Ces abcès sont assez communs chez les enfants, j'en vois tous les ans un ou deux exemples à l'hôpital; jamais leur ouverture n'a été suivie d'accidents, les aliments, solides ou liquides, ne s'engagent pas dans l'incision.

M. Sée. Je n'ai pas vu l'ouverture de ces abcès être suivie d'accidents consécutifs; cette innocuité tient à ce que, pendant la déglutition, les parois du pharynx se contractent et l'incision diminue.

Quand la fluctuation est difficile à sentir avec un doigt introduit dans le pharynx, on peut en même temps exercer avec l'autre main une pression sur les parties latérales du cou.

M. Trélat. Ce qui s'est passé ce matin chez mon malade vient à l'appui de ce que vient de dire M. Sée : après avoir vidé l'abcès, j'ai éprouvé de la difficulté à introduire le trocart et ensuite à le tourner pour le conduire vers la partie externe et déclive. On aurait dit que la paroi avait été simplement traversée par le tube, tandis que celui-ci passait par une incision.

M. Tillaux. J'approuve la pratique suivie par M. Trélat, parce que son diagnostic était bien fait, que l'abcès siégeait dans les ganglions prévertébraux décrits par MM. Sappey et Gillette ; alors le pharynx est soulevé directement par l'abcès et on peut l'inciser sans danger.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans les cas d'Hermann et de Chassaignac où la carotide a été ouverte en incisant un abcès, celui-ci a une origine différente, il siège dans des ganglions sous-aponévrotiques situés à la face externe des carotides externe et interne; la carotide interne est refoulée en dedans, on la sent dans le pharynx et on peut l'intéresser dans une incision.

Il y a une troisième espèce d'abcès pharyngiens, c'est celui qui débute dans l'amygdale ou autour d'elle; il est en dedans de la carotide et refoule les vaisseaux en dehors.

M. Trélat. J'ajouterai, après les justes remarques de M. Tillaux, que chez mon malade la carotide battait en dehors de l'abcès qui soulevait tout le faisceau vasculaire.

Appendices congénitaux de la face,

par M. Lannelongue.

Messieurs,

Les fistules congénitales ayant été mises à l'ordre du jour de vos travaux par diverses communications, il m'a semblé qu'après épuisement de la discussion, je pouvais vous entretenir d'un sujet où la congénialité occupe une place exclusive : je veux parler de l'existence d'un état congénial caractérisé par la présence d'appendices dans une région déterminée de la face. Six observations, recueillies dans une période de cinq ans, sur des enfants, me permettent de dire que, si ces faits ne sont pas communs, ils ne sont pas non plus d'une rareté excessive ; à ces faits, je dois ajouter celui de la mère d'un des sujets également atteinte de cette anomalie de développement.

Les régions de la face dans laquelle j'ai rencontré ces appendices sont la région pré-auriculaire, la joue proprement dite, et enfin la lèvre inférieure ; on verra par la lecture de cette dernière observation que ces prolongements conoïdes s'étaient prolongés dans la cavité buccale.

Sur quatre sujets, ces appendices étaient doubles ; un sujet n'en présentait qu'un, le sixième enfin en présentait quatre. La forme de ces appendices est caractéristique. Au degré le plus grand de leur développement qu'il m'ait été donné d'observer, ce sont des prolongements cutanés conoïdes d'un centimètre de longueur environ, représentant des cornes par la manière dont ils sont implantés ; mais je me hâte de dire que leur physionomie n'est nullement celle des cornes que l'on décrit en pathologie. En effet, ils se détachent de la peau et s'élèvent d'habitude perpendiculairement au plan de leur insertion. De plus, ce ne sont pas des saillies molles et pendantes, elles présentent une certaine rigidité. L'implantation est quelquefois rétrécie, il existe un commencement de pédiculisation ; mais ce n'est pas la règle. Le corps de l'appendice peut être aussi un peu renflé ; il se termine par une extrémité conoïde.

Le siège de ces appendices permet de les distinguer en *cutanés* et *muqueux*. Les premiers proéminent sur la face externe de la joue et sont recouverts par une peau semblable, sur tous les points

de l'appendice, à celle des régions voisines. Je n'ai observé qu'un seul exemple des seconds (obs. V) ; la muqueuse ne présentait aucune différence avec celle de la lèvre ; elle paraissait seulement un peu plus rosée.

La consistance de ces appendices est ferme ; quand on les prend dans les doigts, ils ne s'aplatissent pas à la pression et on reconnaît déjà qu'ils ne sont pas constitués exclusivement par la peau. J'ai dit qu'ils ne pliaient pas spontanément sur leur pédicule, ils sont cependant mobiles sur les parties profondes, auxquelles ils ne paraissent se rattacher que par continuité de tissu; il en résulte qu'on peut les incliner dans différentes directions. Les appendices très voisins de l'oreille m'ont paru cependant en continuité avec un cartilage permanent et exclusivement avec le tragus.

Tel est l'aspect d'un de ces appendices parvenu à un degré de développement qu'il ne dépassera probablement pas dans la suite. J'en ai observé, en effet, un chez une femme de 23 ans, dont le nouveau-né présentait un exemple identique de cette conformation, et chez elle les tumeurs, car, en réalité, ce sont des tumeurs congénitales, ne s'élevaient pas à un centimètre de longueur.

A une période moins avancée, ou sous un aspect moins accusé, ces appendices sont moins longs ; ils forment encore des saillies conoïdes ou fusiformes, d'un demi-centimètre, ou simplement des proéminences qui ne dépassent que de quelques millimètres le plan de la peau. Leur base est moins pédiculisée dans ce cas.

Le siège de ces défectuosités de développement se présente dans mes observations avec une constance frappante; ils se sont toujours trouvés placés sur la région faciale inférieure, au-dessous d'une ligne transversale, partant de l'oreille au-dessus du tragus et aboutissant à l'aile du nez.

Cinq fois ces appendices étaient placés au voisinage de l'oreille, en avant du tragus, plus ou moins près de cette éminence ; dans un cas, un appendice isolé était implanté sur la joue droite, à un centimètre de la commissure buccale ; chez un dernier sujet, enfin, deux appendices étaient placés dans la bouche même, leur pédicule s'insérait à la face interne de la lèvre inférieure, à égale distance du bord libre et du bord adhérent, et à un centimètre de la ligne médiane.

Lorsque les appendices sont multiples, ils sont généralement par paires et implantés à côté l'un de l'autre, sur un plan vertical d'habitude ; mais chacun d'eux est bien distinct de l'autre, et un petit intervalle où la peau est saine les sépare; leur développement, dans ce cas, est à peu près pareil. Deux sujets en ont présenté quatre; chez l'un, ces appendices étaient symétriquement

placés par paires, sur chaque moitié de la figure et en avant de l'oreille.

Sur l'autre sujet, les quatre appendices se trouvaient sur un seul côté de la face; deux étaient l'un au-dessus de l'autre, immédiatement en avant du tragus; les deux derniers, disposés de la même manière, étaient séparés des précédents par un intervalle de plus d'un demi-centimètre. Tous les quatre, enfin, faisaient de petites saillies de 4 à 5 millimètres environ.

Dans tous ces faits, ces appendices ont été reconnus immédiatement après la naissance, et si l'on doit s'en rapporter à l'observation des parents, ces proéminences augmentent un peu de longueur et de volume, au moins dans les premiers mois et même les premières années de la vie. Mais il semble que le développement cesse promptement, car je n'en ai jamais vu dépasser un centimètre, et, chez la femme de 23 ans dont j'ai parlé, ils n'atteignaient même pas ces dimensions.

Enfin, ces petites déviations du type normal n'ont coexisté que dans un seul cas avec un autre vice de conformation ; dans ce fait, l'oreille du même côté présentait une imperforation totale du conduit auditif externe et peut-être une absence de ce conduit (obs. IV).

Les autres sujets sont exempts de toute anomalie et je n'ai même pas trouvé de vice de conformation d'aucune sorte chez les parents. Il faut en excepter, toutefois, le sujet de l'observation VI, dont la mère présentait la même anomalie (obs. VII).

Enfin, après la communication de ce travail et au moment où je le livrais à l'impression, un jeune docteur de mes amis habitant Eauze, le docteur S..., m'a fourni sa propre observation qui offre un intérêt un peu différent des autres. Il est exempt, ainsi que toute sa famille, de toute anomalie congéniale; mais il porte en avant de l'oreille gauche deux de ces appendices. Ils sont placés sur une même ligne verticale, l'un au-dessous de l'autre. Leur insertion se fait sur la peau du tragus et il m'a paru certain qu'ils étaient en continuité directe avec ce cartilage; on peut donc, dans ce cas, les rattacher directement aux cartilages permanents de l'oreille, et j'ajouterai qu'il en est probablement de même pour deux des exemples dont j'ai parlé précédemment (obs. II et VI).

J'ai enlevé ces appendices chez trois sujets, parce que les parents m'en faisaient la demande ; mais, comme d'habitude, ces anomalies ne présentent rien de disgracieux sur le visage, il n'y a pas, en réalité, d'indication opératoire. J'en excepte, toutefois, les appendices intra-buccaux ou muqueux, qui peuvent déterminer une gêne véritable par leur interposition entre les deux mâchoires.

On peut encore en proposer l'excision, c'est-à-dire une opération absolument inoffensive, lorsqu'il existe un appendice isolé ou so-

litaire sur la joue, plus ou moins près de la commissure des lèvres (obs. IV).

L'examen à l'œil nu montre sur la section, au niveau de l'implantation, un point central blanchâtre entouré par la peau qui lui adhère. Une coupe longitudinale et médiane fait reconnaître au centre de l'appendice une tige ferme et résistante d'apparence cartilagineuse, difficile à séparer de la peau.

Examen histologique. Au microscope, ces appendices sont composés de trois couches très distinctes l'une de l'autre, les deux périphériques enveloppent la centrale.

Nous les examinerons successivement sur une coupe longitudinale passant par le centre du pédicule de l'appendice : 1° La couche la plus externe, examinée sur une tumeur provenant d'une corne siégeant à la surface de la joue, est formée par l'épiderme, qui y a le même aspect que dans le reste de la face; il faut cependant noter que les dépendances épidermiques, c'est-à-dire les glandes et les poils, font presque entièrement défaut. Sur la corne qui siégeait dans l'intérieur de la bouche, cette couche a la même structure que la couche externe de la muqueuse buccale.

2° La deuxième couche, qui représente le derme, est formée de tissu conjonctif lâche et contient des nerfs et des vaisseaux; elle se trouve en contact intime avec les deux autres couches.

3° Portion centrale. Cette couche, la plus intéressante, reproduit en petit la forme de la tumeur; elle est formée par un noyau de cartilage de la variété fibreuse (fibro-cartilage). Dans les trois pièces qui ont été examinées, ce noyau cartilagineux n'était pas isolé au centre de la néo-formation, car son extrémité centrale se continuait sous la forme d'un petit cylindre fibreux très dense, qui occupait le centre du pédicule et qui, probablement, allait se perdre dans l'épaisseur du derme ou dans les parties plus profondes. L'épaisseur totale de ce fibro-cartilage est supérieure à cinq millimètres sur l'une des pièces; à sa surface existe un mince périchondre.

Il est intéressant de noter que ce fibro-cartilage présente la plus grande analogie de texture avec le cartilage temporaire dit de Meckel. Or, si l'on veut bien se rappeler que ce cartilage, organe transitoire impair et symétrique, est tout à fait sous-cutané d'abord et qu'il ne vient se placer, par sa portion faciale, à la face interne du maxillaire inférieur qu'après l'apparition de cet os, il est infiniment probable que les appendices congénitaux de la face, dont j'ai fait l'histoire précédemment, ne sont que des vestiges de ce fibro-cartilage. On peut considérer que chez les sujets atteints de cette anomalie la portion faciale du cartilage de Meckel ne s'est pas entièrement atrophiée, ou faire cette autre hypothèse d'un

bourgeonnement exubérant et persistant sur la face externe de ce cartilage. Le siège tout à fait particulier de ces appendices sur la région faciale inférieure, leur congénialité constante, leur texture enfin concourent sans divergence en faveur de l'adoption de cette opinion

Observations. — La description précédente m'autorise à ne donner que des observations extrêmement courtes, de quelques lignes; je ne ferai d'exception que pour celle où l'appendice était muqueux, c'est-à-dire intra-buccal (obs. V).

Observation Ire. — Enfant de six mois, du sexe masculin, fils de parents jeunes qui ne sont atteints d'aucun vice de conformation. Lui-même est exempt de toute autre anomalie que celle-ci. A un demi-centimètre en avant du tragus du côté gauche existent deux appendices congénitaux parallèles entre eux et disposés sur une même ligne verticale. Une bandelette de peau d'un demi-millimètre environ les sépare. Ils ont l'un et l'autre environ 7 millimètres de hauteur. La conformation de l'oreille est anormale. Excision; quelques gouttes de sang s'écoulent à peine; guérison prompte.

Obs. II. — Petite fille âgée de trois mois. Parents indemnes de tout vice de conformation. Elle porte en avant de l'oreille droite quatre appendices, proéminant à la manière de quatre petites cornes; leur saillie est de 3 millimètres environ. Elles sont disposées en deux groupes, un postérieur et un extérieur. Entre ces deux groupes existe un intervalle d'un demi-centimètre. Le groupe postérieur est placé sur la région massetérine de la joue, immédiatement en avant du tragus; il est moins proéminant que le groupe antérieur. L'oreille est parfaitement bien développée et sans vice de conformation. Ces saillies ne seraient pas plus accusées qu'à la naissance au dire de la mère. Il n'a été fait aucune opération.

Obs. III. — Garçon âgé de quinze jours. Aucune anomalie chez les parents. Il porte deux appendices sur la joue droite en avant et un peu au-dessous du tragus. Conformation de l'oreille normale.

Obs. IV. — Nouveau-né du sexe féminin, âgé de deux jours. Il porte sur la joue droite, à 1 centimètre de la commissure des lèvres, sur le trajet d'une ligne qui se rendrait à l'orifice du conduit auditif externe, un appendice de 1 centimètre de long. Il a été excisé et examiné au microscope. L'oreille du même côté droit est le siège d'un vice de conformation; il existe une atrésie totale du conduit auditif. La cavité de la conque n'existe plus, à sa place on trouve une masse cartilagineuse qui se relie au cartilage de la conque très réduit dans ses dimensions et formant une saillie verticale mamelonnée. L'enfant ne présente pas d'autre vice de conformation. Les parents en sont aussi indemnes; il est à noter que le père n'a que 18 ans; la mère en a 19.

Obs. V. — Appendices muqueux de la cavité buccale. Le 9 mars 1881, on nous présente à l'hôpital une fillette âgée de cinq mois. Elle porte depuis sa naissance, dans la bouche, deux petites tumeurs qui présentent les caractères suivants : ce sont deux appendices en forme de cornes, de près de 1 centimètre de longueur, placés côte à côte sur un plan vertical; on peut les comparer par leur volume à un gros grain de riz; leur base est légèrement pédiculée et les deux pédicules sont distants de 1 millimètre environ. Les sommets libres sont conoïdes.

La surface de ces appendices est rosée, unie et constituée par la muqueuse buccale. Les appendices sont très mobiles; mais quand on les prend dans les doigts ils offrent une consistance élastique qui ue permet pas de les aplatir.

Le siège précis de leur implantation est la face interne de la lèvre inférieure, à peu près à égale distance du bord libre et du bord adhérent, plus près pourtant du bord libre; ils sont distants de 1 centimètre de la ligne médiane. Ces corps sont très mobiles dans tous les sens et ils viennent se placer entre les deux maxillaires dépourvus de dents. Quand l'enfant ouvre la bouche, ils se présentent comme deux cornes parallèlement disposées. Ces deux appendices ont été excisés et étudiés histologiquement. L'enfant ne présente aucun autre vice de conformation et il n'y a rien à noter chez les parents.

Obs. VI. — Garçon de huit mois. Il porte un appendice cutané sur la joue en avant de l'oreille; 4 millimètres de saillie. Oreille normale. Sa mère (V. obs. VII) est atteinte d'un attribut semblable. La mère dit que cet appendice s'accroît depuis la naissance.

Obs. VII. — Femme de 23 ans. Elle porte quatre appendices cutanés, deux en avant de l'oreille droite, deux en avant de l'oreille gauche. Ces appendices sont symétriques et à peu près de même dimension. Leur hauteur est de 3 millimètres environ. Ses parents n'avaient rien de semblable. Le reste de sa conformation ne laisse pas à désirer.

Discussion.

M. Larger. — Je demande à M. Lannelongue la permission de lui présenter quelques observations qui ont un rapport moins étroit avec sa communication actuelle qu'avec celle qu'il a faite dans la dernière séance. A propos des fistules sacro-coccygiennes, il a admis que ces fistules n'étaient pour ainsi dire que le premier degré des tumeurs dermoïdes, conformément à la théorie de l'inclusion de M. Verneuil.

Cette théorie, acceptable pour les fistules, ne saurait l'être pour les tumeurs dermoïdes. La clinique nous apprend en effet que jamais les *fistules branchiales* ne s'oblitèrent sans excision complète de tout leur trajet. Comment dès lors cette oblitération — théoriquement indispensable à la production des tumeurs der-

moïdes — serait-elle possible chez l'embryon? Comment se fait-il encore qu'on n'ait jamais trouvé la moindre trace des anciennes connexions de la peau avec la tumeur dermoïde, et que cette dernière soit au contraire toujours fortement adhérente à l'os?

Il y a longtemps qu'on a signalé l'insuffisance de la théorie de l'inclusion pour expliquer : 1° les tumeurs dermoïdes situées ailleurs que sur les fissures primitives; 2° les tumeurs congénitales variées telles que : angiomes, sarcomes, lipomes, etc..., qui occupent le siège des tumeurs dermoïdes et se confondent parfois avec elles.

Mais pourquoi vouloir rattacher les tumeurs congénitales à d'autres causes que celles qui produisent les tumeurs en général? Si les tumeurs congénitales sont plus fréquentes le long des fissures primitives, c'est uniquement parce qu'il y a là, à un moment donné, un processus formatif considérable, condition éminemment favorable à la formation des tumeurs en général.

Cette théorie n'est d'ailleurs que l'extension de celle qu'a donnée Virchow des *angiomes fissuraux* de la peau. C'est encore, si l'on veut, l'*hétérotopie plastique* de Lebert, mais prise dans un sens histologique différent. Enfin, on a le droit de trouver cette théorie beaucoup plus vague que ne l'est celle de l'inclusion.

Soit, mais du moins est-elle plus en accord avec les faits observés.

M. Magitot. Je demande à M. Lannelongue la permission de lui présenter quelques réflexions sur l'origine possible de ces petites productions, dont il a pu recueillir un nombre relativement considérable. Elles occupent presque exclusivement soit le voisinage de l'oreille sur la peau, soit le tégument qui correspond au maxillaire inférieur, soit même l'intérieur de la bouche; l'une d'elles était même réunie au maxillaire par un petit lien ligamenteux.

D'autre part, elles sont constituées par un centre cartilagineux recouvert d'un tissu conjonctif, ce tissu n'a rien qui justifie le nom de *corne*, puisque, en réalité, il ne s'y rencontre aucun élément épithélial. Elles ne seraient donc pas d'origine cutanée. Leur nature cartilagineuse exclut encore l'idée qu'elles auraient pour origine le maxillaire, puisque cet os, M. Lannelongue le sait bien, se développe sans cartilage préexistant. Mais il existe, dans la période embryonnaire, au centre de l'arc maxillaire inférieur, un organe cartilagineux qui joue un rôle important dans la fonction du maxillaire inférieur et dans celle de la chaîne des osselets de l'oreille moyenne. C'est le *cartilage de Meckel*, organe transitoire

et qui ne subit directement dans sa portion maxillaire aucune modification.

Ne pourrait-on rattacher les productions observées par M. Lannelongue à quelque aberration tératologique de ce cartilage de Meckel ?

M. TRÉLAT. Je possède dans mes dessins de malformations plusieurs faits qui se rapprochent de ceux de M. Lannelongue ; j'ai constaté l'existence de ces petites saillies, qui en effet ne sont pas cornées, dans la dépendance de l'oreille.

On a observé dans cette région beaucoup de malformations portant sur le pavillon, sur le conduit auditif, qui peut manquer ou être en ectopie. Ces déformations s'accompagnent souvent de petites productions s'approchant plus ou moins de la commissure des lèvres.

Peut-être ces irrégularités, observées seulement dans la région génitale, dérivent-elles du cartilage de Meckel, qui joue un rôle important dans le développement de la chaîne des osselets et du maxillaire inférieur.

M. LANNELONGUE. M. Larger combat la théorie de l'inclusion pour se rattacher à celle de Lebert, celle-ci aussi est discutable, elle paraît avoir raison dans certains cas, pour les inclusions du scrotum, des ovaires, etc. Mais dans les kystes dermoïdes des téguments, la théorie de l'inclusion explique bien l'identité qui existe entre la paroi du kyste et la peau.

Vous ne faites pas une théorie nouvelle, mais vous repoussez celle de Lebert, à laquelle vous ajoutez l'irritation néo-formatrice.

Pour revenir au sujet de ma communication, j'ajouterai que quatre fois sur six, les appendices étaient pré-auriculaires. Je crois qu'ils dépendent du cartilage de Meckel, ce qui n'exclut pas la possibilité d'un prolongement ligamenteux.

La séance est levée à cinq heures trente minutes.

Le Secrétaire,

NICAISE.

Séance du 29 mars 1882.

Présidence de M. Labbé.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend:

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris;

2° *Bulletin de l'Académie de médecine.* — *Lyon médical.* — *Recueil d'ophtalmologie.* — *Revue médicale.* — *Journal de thérapeutique de Gubler.* — *Journal de Médecine de Paris.*

3° *Le British medical.*

4° *Mémoires et Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon.*

5° Des lettres de candidature au titre de membre titulaire adressées par MM. Bouilly, Humbert, Paul Reclus, Blum.

6° Un travail de M. Vieusse, médecin major à Tlemcen, intitulé : *Quelques remarques sur la fistule à l'anus déterminée par l'hypertrophie de la valvule de Houston* (renvoyé à une commission composée de MM. Tillaux, Nepveu, Chauvel rapporteur).

7° Cinq observations adressées par M. Richon, médecin major à l'hôpital de Belfort (Renvoyées à MM. Delens, Sée, Chauvel rapporteur.

8° Note sur la *laryngotomie intercrico-thyroïdienne,* par M. le Dr Krishaber. —(Commissaire : M. Nicaise.)

9° M. le baron Larrey offre de la part de M. Gavoy, médecin-major, un travail intitulé : *Études cliniques sur le traitement des bubons vénériens.*

10° M. le baron Larrey fait hommage des *Comptes rendus de l'Académie des sciences* et des *Bulletins de l'Académie de médecine* pour l'année 1881.

A propos du procès-verbal.

M. Desormeaux. Dans la dernière discussion sur les dangers du chloroforme, un de de nos collègues a dit que, quand le cœur était arrêté, il n'y avait plus rien à faire.

Je ne partage pas cet avis et je mets en pratique un moyen qui

m'a rendu de grands services. — J'ai perdu, il est vrai, deux malades par le chloroforme, mais c'était dans des conditions exceptionnelles. L'un était un blessé de 1870, qui avait eu la jambe broyée et avait perdu beaucoup de sang, je fis l'amputation de la jambe, et il mourut à la fin de l'opération. Le second, qui allait subir également une amputation, mourut après quelques inspirations; à l'autopsie, nous constatâmes seulement l'existence d'un cœur gras.

Le moyen que j'emploie, c'est l'électrisation. Chaque fois que j'administre le chloroforme, j'ai toujours soin de préparer une pile et, si besoin est, on applique un électrode sur la région du cœur, un autre sur le cou. — Cette pratique m'a rendu fréquemment des services; j'ai été conduit à l'employer dans ces cas, par les succès qu'elle m'avait donnés à la Maternité chez les enfants qui naissaient avec des phénomènes d'asphyxie. — J'engage mes collègues à essayer de ce moyen.

Rapport

Sur une observation présentée à la Société de Chirurgie par M. le Dr Queirel de Marseille et intitulée : *Kystes dermoïdes ovariens et fibromes utérins. Gastrotomie suivie de mort.*

Par M. Duplay.

Messieurs,

Une commission composée de MM. Monod, Terrillon et Duplay a été chargée de vous rendre compte de ce travail, qui présente quelques difficultés dignes de fixer votre attention.

La malade qui fait le sujet de l'observation que vous a adressée M. le Dr Queirel, est une femme de 42 ans, ayant eu un accouchement heureux il y a 20 ans et toujours bien réglée depuis.

Un an et demi environ avant l'époque où elle consulta M. le Dr Queirel, la malade s'aperçut de la présence dans la fosse iliaque droite d'une tumeur qui augmenta rapidement et qui ne tarda pas à déterminer un certain nombre d'accidents tels que : constipation, dysurie, envies fréquentes d'uriner, douleurs lombo-abdominales au moment des règles. Dans les derniers mois, l'écoulement menstruel était irrégulier et plus abondant que de coutume.

A l'examen du Dr Queirel, le ventre paraît développé comme dans une grossesse de 7 à 8 mois, et on délimite par la percussion une tumeur qui occupe toute la fosse iliaque droite, remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, dépasse à ce niveau la

ligne médiane de trois centimètres, et descend brusquement derrière le pubis.

Cette tumeur est bosselée et d'inégale consistance; fluctuante à droite, extrêmement dure au milieu et à gauche. Ces deux bosselures, de consistance si différente, sont séparées par une dépression qui occupe le milieu de la fosse iliaque droite.

La tumeur est mobile et sans adhérences appréciables. Par le toucher vaginal, on trouve le col situé très haut, de petit volume, les mouvements imprimés à la partie supérieure de la tumeur lui sont directement communiqués. Le cul-de-sac vaginal droit est libre, le gauche est effacé et présente une sorte de tuméfaction fluctuante. Dans le cul-de-sac postérieur, le doigt reconnaît la présence de masses solides, dures, que l'on rapporte à des matières contenues dans le rectum. J'insiste sur cette particularité parce que nous aurons à y revenir.

M. Queirel diagnostique un fibrome sous-péritonéal du fond et du corps de l'utérus et un kyste de l'ovaire droit, et, après avoir attendu une nouvelle époque menstruelle, qui fut plus abondante et plus douloureuse que les précédentes, il céda aux prières de la malade qui demandait à être délivrée par une opération. Celle-ci fut pratiquée le 10 mai 1881 suivant les règles de la méthode antiseptique.

Après l'ouverture de la cavité péritonéale, l'utérus envahi par un volumineux fibrome interstitiel « fut amené au dehors et lié avec le serre-nœud de Cintrat au niveau de l'étranglement correspondant au col » — je cite textuellement, car l'auteur ne nous dit pas s'il a pratiqué une ligature en masse, où si comme on le fait d'habitude il a compris le col dans une double ligature.

L'observation est également muette sur la manière dont le chirurgien s'est comporté vis-à-vis des ligaments larges. Elle ajoute seulement que la section de l'utérus se fit sans accidents.

M. Queirel procéda ensuite à l'extirpation du kyste de l'ovaire droit, du volume d'une forte orange. Son pédicule de petites dimensions, fut lié avec un fil animal, sectionné et abandonné dans la cavité abdominale.

En faisant l'exploration du bassin, M. Queirel découvrit en arrière et à gauche du rectum une nouvelle tumeur, molle, fluctuante, qu'il essaya d'amener au dehors. Mais sous l'influence de ces tractions, la poche se déchira, et il s'épancha dans l'abdomen une quantité considérable de pus fétide. Après avoir nettoyé autant que possible la cavité abdominale, le chirurgien constata qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire gauche, occupant le cul-de-sac rétropéritonéal, adhérent de tous côtés au pourtour de l'excavation pelvienne, et

présentant plusieurs loges dont l'une, enflammée et friable, s'était rompue sous l'effort des tractions.

En cherchant à détacher le reste du kyste, une nouvelle poche se rompit et donna issue à un liquide séreux, puis à une quantité considérable de matière sébacée ayant la consistance du mastic et renfermant des poils nombreux.

La poche put enfin être attirée en partie au dehors, et on constata à sa partie interne la présence d'un fragment osseux, ressemblant à la moitié d'un maxillaire inférieur avec cinq dents implantées sur son bord libre.

A ce débris osseux était appendue une masse d'apparence charnue, constituée par du tissu cellulaire, avec un revêtement cutané sur lequel s'implantait une touffe de longs cheveux ressemblant à une queue de cheval.

Le Dr Queirel décrit ainsi la fin de l'opération :

« La partie de la poche sortie fut excisée, après ligature abandonnée et l'opération se termina sans plus d'encombre, après une toilette minutieuse du péritoine. »

Comme on le voit, l'auteur ne nous dit pas s'il est parvenu à trouver un vrai pédicule, comme pour le kyste de l'ovaire droit, ou, s'il a abandonné dans la cavité du bassin une portion du kyste après ligature préalable de ses parois.

Cette lacune de l'observation est regrettable, car si, comme j'incline à le croire, les choses se sont passées suivant la seconde hypothèse, l'opération aurait été incomplète, inachevée, puisqu'il serait resté dans la cavité du bassin, une portion de la paroi kystique susceptible de s'enflammer, ou de donner lieu à une reproduction de la tumeur.

Cette question, d'ailleurs, devait être sans importance dans le cas présent, car l'opérée mourut dans la nuit, sans agonie et presque subitement.

Le travail de M. Queirel se termine par une note de M. Livou, sur l'anatomie pathologique des deux kystes, et par quelques considérations rapides sur la pathogénie probable de ces tumeurs qu'il rattache à l'hétéroplastie de Lebert rejetant l'hypothèse de la grossesse intra-utérine et de l'inclusion.

Je laisserai de côté ce dernier point, qui me paraît aujourd'hui à peu près acquis en ce qui concerne la genèse des kystes dermoïdes de l'ovaire, et dont la discussion d'ailleurs m'entraînerait beaucoup trop loin.

Au point de vue anatomo-pathologique, les deux kystes opérés par M. Queirel ne présentaient aucune particularité digne d'une mention spéciale.

Il est à peine besoin de dire que le kyste de l'ovaire droit comme

celui de l'ovaire gauche était un kyste dermoïde renfermant de la matière grasse, des poils, des dents, des fragments d'os, des amas de tissu conjonctif, et dont les parois étaient constituées par une membrane tégumentaire.

L'existence simultanée de deux kystes dermoïdes n'est pas un fait rare. J'ai eu l'occasion de le constater dans le seul cas de kyste dermoïde de l'ovaire que j'aie opéré, et cela, dans des conditions à peu près analogues à celles que signale M. Queirel dans son observation.

Après avoir enlevé un très volumineux kyste de l'ovaire renfermant de la matière grasse et une grande quantité de poils, je considérais l'opération comme terminée, et me préparais à fermer la plaie du ventre, lorsque, en explorant la cavité pelvienne, je découvris une seconde tumeur entre l'utérus et le rectum, adhérente de tous côtés, et dont l'énucléation ne laissa pas que de présenter quelques difficultés.

Cette observation a d'ailleurs été publiée dans les *Archives générales de médecine,* 1879, vol. I, p. 471.

Relativement au diagnostic, le Dr Queirel avait parfaitement reconnu l'existence du kyste de l'ovaire droit ainsi que la présence de fibromes utérins. D'après certains détails de son observation, il semble même que le diagnostic eût pu être poussé plus loin, et qu'on eût pu au moins soupçonner l'existence du second kyste.

L'auteur en effet signale, par le toucher vaginal, la présence d'une tuméfaction occupant le cul-de-sac latéral gauche du vagin, et offrant des parties d'une dureté osseuse. Cette dernière particularité constituait même un caractère important pour faire admettre la nature dermoïde du kyste.

Cependant chacun sait à quelles illusions singulières peut conduire le toucher vaginal, et à ce sujet, je citerai un exemple que j'ai publié dans les *Archives* conjointement avec le fait que je signalais tout à l'heure.

Il s'agit d'une femme qui se présenta à mon observation avec un ventre énorme, et chez laquelle on ne pouvait constater tout d'abord que l'existence d'une ascite considérable.

Après une ponction ayant donné issue à 11 litres de liquide ascitique, on put délimiter une tumeur encore volumineuse, remplissant une partie de l'abdomen et de l'excavation du bassin et offrant les caractères d'un kyste multiloculaire, ce que démontrait quelques jours plus tard une nouvelle ponction pratiquée dans l'épaisseur de la tumeur.

Le toucher vaginal permettait de constater que l'utérus était très développé, de forme irrégulière, et que le cul-de-sac postérieur était occupé par une tuméfaction de forme irrégulière, par-

semée de bosselures superficielles, extrêmement dures et rappelant la consistance du tissu fibro-cartilagineux. Cette tuméfaction était tellement confondue avec l'utérus que je n'hésitai pas à la considérer comme la face postérieure même de l'organe; et, en raison de la situation superficielle, de la forme et de la consistance des bosselures qui parsemaient sa surface, j'établis le diagnostic de kyste multiloculaire de l'ovaire droit avec fibromes utérins.

La gastrotomie ayant été pratiquée, et le kyste multiloculaire qui existait en effet, et appartenait à l'ovaire gauche, ayant été enlevé non sans de grandes difficultés, en raison d'adhérences nombreuses, je constatai qu'il existait un second kyste, de la grosseur des deux poings, remplissant l'excavation pelvienne, placé entre l'utérus et le rectum. Ce kyste enclavé dans le bassin, et adhérent de tous côtés, offrait presque les apparences d'une tumeur solide, et de fait, ses parois constituées par du tissu fibreux avaient près de deux centimètres d'épaisseur. Sa surface inégale, bosselée, était hérissée d'excroissances verruqueuses d'une dureté extrême.

C'était ce second kyste qui avait donné au doigt introduit dans le vagin, la sensation du corps de l'utérus chargé de fibromes. L'énucléation en fut assez difficile. Cependant, dans ce cas comme dans celui auquel je faisais allusion tout à l'heure, l'opération fut suivie du succès.

Je ne voudrais donc pas reprocher à M. Queirel d'avoir méconnu, avant l'opération, l'existence d'un second kyste, puisque, même en tenant plus de compte qu'il ne l'a fait des résultats fournis par le toucher vaginal, il eût été exposé à tomber dans la même erreur que j'ai commise dans le fait que je viens de rappeler, et à rattacher encore avec plus de raison que moi, la tuméfaction dure, inégale, qui occupait le cul-de-sac postérieur à des fibromes utérins, dont l'existence avait été révélée d'ailleurs par l'exploration abdominale.

L'observation qui vous a été communiquée par M. Queirel me paraît encore susceptible de soulever une dernière question. Le chirurgien s'est trouvé en présence de deux sortes de lésions: un kyste dermoïde de l'ovaire de chaque côté, et deux fibromes sous-péritonéaux de l'utérus.

Le fait peut se présenter et se présente en effet quelquefois. En pareil cas, le chirurgien doit-il pratiquer simultanément l'ablation des kystes et l'hystérectomie, ou bien doit-il se borner à la première opération?

M. Queirel n'a pas hésité.

Il a d'abord enlevé l'utérus, puis les deux kystes. Je pense que la question ne doit pas être résolue aussi légèrement, et qu'elle

mérite d'être examinée. Pour ma part, je serais très disposé à adopter une pratique différente de celle qu'a suivie notre confrère. Étant données une ou plusieurs tumeurs fibreuses de l'utérus, même d'un volume assez considérable, je pense qu'il est préférable de respecter ces tumeurs et de se borner à faire l'ovariotomie; et, pour justifier cette pratique, j'invoquerai l'extrême gravité de l'hystérectomie. Le fait même de M. Queirel semble venir à l'appui de la thèse que je soutiens, car sa malade est morte rapidement, sans présenter pour ainsi dire d'accidents soit péritonitiques, soit septicémiques, par l'effet du schock, comme on dit en pareil cas, et comme cela s'observe si fréquemment à la suite de l'hystérectomie; en un mot la mort dans ce fait, et surtout la mort si rapide, me paraît devoir être attribuée à l'action chirurgicale opérée sur l'utérus.

En opposition avec cet exemple malheureux, je pourrais en citer d'autres dans lesquels j'ai rencontré en pratiquant l'ovariotomie de petits fibromes de l'utérus que j'ai cru devoir respecter, et que d'ailleurs peu de chirurgiens, je suppose, auraient été tentés d'enlever, en raison de leur faible volume; je rappellerai brièvement l'exemple d'une femme de 47 ans que j'ai opérée l'année dernière d'un énorme kyste multiloculaire de l'ovaire droit compliqué de nombreuses adhérences. Dès le début de l'opération, l'utérus vint faire saillie à la partie supérieure de l'incision abdominale.

Il était considérablement augmenté de volume, par suite de la présence dans l'épaisseur de son corps de tumeurs fibreuses, dont la plus grosse atteignait presque les dimensions des deux poings et faisait saillie à la surface péritonéale.

Je résistai à la tentation de l'enlever, et, l'ablation du kyste achevée, je replaçai l'utérus intact dans la cavité abdominale. La malade guérit parfaitement; et je sais qu'aujourd'hui, plus d'un an après l'opération, elle jouit de la santé la plus florissante malgré la persistance de ses fibromes.

Certes, je ne puis affirmer que la mort eût été la conséquence de l'hystérectomie, si je m'étais laissé aller à la pratiquer; cependant, en tenant compte d'une part de la léthalité habituelle de celle-ci, d'autre part, de la gravité de l'opération que la malade avait déjà subie par le fait de l'ablation de son kyste, en même temps que de l'état d'affaiblissement considérable dans lequel elle se trouvait, j'ai tout lieu de croire que si j'avais suivi la conduite de M. Queirel j'aurais eu un insuccès. Aussi j'estime que, dans les circonstances que j'examine en ce moment, c'est-à-dire dans les cas de kystes ovariques compliqués de fibromes utérins, on doit se borner à l'ablation du kyste et ne pas toucher à l'utérus, sauf indication tout à fait spéciale.

En terminant, Messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser des remerciements à M. le Dr Queirel pour le travail qu'il nous a communiqué ;

2° De déposer son mémoire dans nos archives.

Discussion.

M. Trélat. Je pense que M. Duplay devrait compléter les conclusions de son rapport très intéressant, au sujet du parti que le chirurgien doit prendre quand il se trouve en présence d'un kyste et de tumeurs fibreuses utérines.

Au lieu de dire simplement que l'on doit respecter ces tumeurs fibreuses, il serait bon d'ajouter à moins que les tumeurs ne soient trop volumineuses ou qu'il ne s'agisse d'une tumeur kysto-sarcomateuse.

M. Duplay a voulu dire, je crois, que quand la tumeur était d'un volume modéré et qu'elle ne déterminait pas d'accidents, il ne fallait pas y toucher.

M. Terrier. Je me suis trouvé également aux prises avec les difficultés qu'entraîne la présence simultanée d'un kyste et de fibromes utérins et je considère aussi l'opération comme très grave dans ces circonstances.

Dans trois ou quatre cas où j'ai rencontré des tumeurs simultanées, j'ai enlevé le kyste et les fibromes, toutes les opérées sont mortes.

Il y a donc lieu de bien étudier quelles sont les indications et les contre-indications de l'opération. Quand les tumeurs sont petites, pédiculées, on peut les enlever sans inconvénient et faire la suture du pédicule. — Dans un cas, Bantock a même laissé une épingle dans le tissu utérin.

Si la tumeur est volumineuse et occupe tout le corps de l'utérus, il faut s'arrêter.

On peut se demander s'il n'y aurait pas lieu de mettre en pratique l'opération de Battey; celle-ci a été recommandée dans le cas de corps fibreux volumineux, afin d'arrêter les hémorragies et d'obtenir la diminution de volume des tumeurs.

S'appuyant sur ces faits, n'y aurait-il pas avantage, dans les cas dont nous parlons, après avoir enlevé le kyste de l'ovaire, de faire également l'ablation de l'autre ovaire pour éviter des accidents ultérieurs.

J'ajouterai que si la malade est âgée, voisine de la ménopause, il ne faut pas enlever les tumeurs fibreuses.

Si les fibromes sont volumineux et donnent lieu à des hémor-

ragies, il est difficile de fixer par avance la conduite que l'on devra tenir, surtout si la malade est jeune.

On peut soupçonner l'existence simultanée des tumeurs fibreuses en se rappelant que les tumeurs de l'ovaire ne donnent généralement lieu qu'à peu de troubles de la menstruation.

En un mot, cette question est des plus difficiles à résoudre.

M. Anger. Je désire dire quelques mots sur une autre partie du rapport de M. Duplay, où il est dit qu'on a dû laisser une portion du kyste, mais sans préciser en quel point.

J'ai lu à la société une observation de kyste dermoïde développé entre les deux feuillets du ligament large et faisant saillie dans le vagin. — Après l'incision de la paroi abdominale, je vis sur la partie antérieure du kyste des vaisseaux considérables ; la tumeur était sessile et en l'enlevant ainsi, j'aurais dû faire l'excision du péritoine qui recouvrait la tumeur.

Au lieu de cela, j'incisai le péritoine sur le kyste et j'énucléai la poche sans difficulté, de l'intérieur du ligament large; autrement il m'eût été impossible de pédiculiser la tumeur.

La malade a guéri, elle s'est mariée depuis, mais n'a pas eu d'enfants.

M. Duplay. Je répondrai à M. Terrier que je n'ai pas voulu soulever la question générale de la conduite à tenir quand on se trouve en présence d'un kyste et de tumeurs fibreuses utérines; j'ai donné seulement les conclusions résultant des faits que j'avais analysés.

M. Trélat a du reste complété ma pensée; je n'ai pas fixé d'indications et de contre-indications précises ; j'ai voulu dire qu'il fallait s'abstenir sauf indications particulières dépendant de la nature des tumeurs utérines, de leur volume, des accidents qu'elles déterminent.

A M. Anger, je dirai que le procédé dont il a parlé pour l'ablation des kystes du ligament large est bien connu; il est de règle dans ces cas de faire l'énucléation du kyste après avoir incisé le péritoine, ceci est nettement indiqué dans l'ouvrage de Gaillard Thomas. — Quelquefois même après l'incision du péritoine, la tumeur s'énuclée comme un œuf et il n'y a pas de pédicule. M. Gillette nous a communiqué, je crois, un fait de ce genre.

M. Trélat. J'ai opéré dans ces conditions un kyste volumineux.

M. Anger. Mon observation date de 1874 ; à cette époque l'énu-

cléation des kystes n'était pas signalée dans les classiques; il était dit que, dans ce cas, il fallait drainer le kyste.

Fistules recto-vulvaires.

Discussion.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les *fistules recto-vulvaires.*

M. Trélat. La communication de M. Verneuil avec son riche contingent de faits, suivis d'un grand nombre d'insuccès, témoigne de la difficulté de la thérapeutique opératoire de ces fistules. Les motifs de cette difficulté ont été indiqués par M. Verneuil.

Pour répondre à l'appel qni nous a été fait par notre collègue, je viens vous communiquer quatre faits dont j'ai le souvenir.

J'élimine deux opérations que j'ai faites pour des abouchements anormaux de l'anus; dans l'ectopie, il n'y a pas d'anneau cicatriciel et on peut opérer par glissement, ce qui est impossible dans la fistule pathologique.

L'une de mes deux opérées, que j'ai revue, a parfaitement guéri.

Voici le résumé de mes quatre cas de fistule recto-vulvaire. L'un fut observé à Saint-Antoine ou à Saint-Louis, je fis une opération qui fut suivie d'échec.

La seconde malade était à la Pitié, je fis un avivement de moins de un centimètre et j'obtins un demi-résultat.

Le troisième cas est identique au second, la fistule qui était largement ouverte et laissait passer les matières fécales, fut transformée en une fistule étroite, irrégulière, ne laissant rien passer, tellement que j'ai cru la malade guérie pendant deux ans, mais l'ayant examiné à ce moment, je trouvai encore un pertuis, fermé par une sorte de valvule; le résultat était ici le même qu'une guérison.

En 1879, je fus consulté par une malade, qui avait vu beaucoup de médecins, elle avait une fistule recto-vagino-vulvaire, s'accompagnant d'une diarrhée presque continue. J'attendis que la diarrhée eût disparu, et j'opérai la malade au bout de deux mois; elle guérit.

Cette femme avait en même temps une déchirure du périnée; ceci se rencontre aussi sur une malade que je soigne en ce moment; c'est une femme de 36 ans, qui a eu deux enfants; au second accouchement il se produisit une déchirure du périnée, qui se

cicatrisa en partie, laissant une fistule qui a environ 7 millimètres de diamètre.

Une des difficultés de la guérison de ces fistules provient de la minceur des tissus qui les bordent ; ceci s'explique par leur siège même, la fistule est en effet au-dessus de ce que Gaillard Thomas a appelé le *corps périnéal*, dans la partie mince de la cloison recto-vulvaire.

Voici l'opération que j'ai pratiquée sur ma quatrième malade et que je me propose de faire sur celle dont je viens de vous parler.

Les grandes lèvres étant écartées afin de bien découvrir la partie antérieure de la fistule, j'avive autour de celle-ci dans une grande étendue. L'avivement commence à un centimètre et demi en arrière de la fistule ; sur les côtés, il s'étend à un centimètre au-delà de ses bords, il se continue ainsi sur tout le pourtour de la perforation. En faisant l'avivement, je viens aussi près que possible du liséré de la fistule. J'unis ensuite par des sutures périnéales profondes les deux moitiés de la surface avivée qui forment comme deux valves accolées. La fistule se trouve sur le bord postérieur des deux valves, et est fermée en avant par toute la largeur de celles-ci.

La guérison fut complète, et persiste encore aujourd'hui, quatre ans après l'opération.

Par le procédé que je viens d'indiquer, on se met en garde contre les inconvénients de la minceur des bords.

Mais cette minceur ne constitue pas la seule difficulté du traitement de ces fistules, il y en a une autre dont a parlé également M. Verneuil, c'est le passage des gaz ou des matières fécales, le long des fils à sutures ; cet inconvénient se montre en effet, souvent. Je l'ai observé chez une dame obèse, ayant habité longtemps la Cochinchine, qui mangeait beaucoup et avait des selles très fréquentes. Elle avait une fistule recto-vulvaire, mais avant de l'opérer, je voulus obtenir le *régime des selles,* ce que je considère comme indispensable dans les opérations de ce genre. Au bout de quelques heures, je fis l'opération, tout alla bien d'abord, mais le troisième ou le quatrième jour, il survint une débâcle qui m'obligea à enlever les sutures.

Pour éviter le passage des gaz, qui seuls suffisent pour compromettre le résultat, il faut maintenir l'accolement des surfaces avivées par des sutures périnéales profondes.

M. Desprès. J'ai observé un petit nombre de ces fistules et je crois avoir trouvé quelque chose pour leur traitement.

Rhea Barton les traitait par un séton.—Une de mes malades de Lourcine avait une fistule recto-vulvaire consécutive à un chancre

du vagin ; elle était de plus enceinte. Je transformai la fistule en fistule double, l'une à l'anus, l'autre vulvaire. Pour cela, j'introduisis par le rectum un trocart dans la fistule, puis je le retournai pour le faire sortir par le périnée; un tube à drainage fut mis dans son trajet. Au bout de deux mois, la fistule avait diminué de moitié. Elle guérit alors par un point de suture. — J'opérai encore deux autres malades.

En créant une fistule périnéale, on ouvre un passage pour les gaz, qui cessent alors de passer par la fistule.

D'autres opérations ont été proposées pour les abouchements anormaux de l'anus dans le vagin.

Communication

Sur l'inversion utérine

Par M. Farabeuf.

Les éléments de cette brève communication (notes cliniques et pièce anatomique) m'ont été envoyés de province.

Il s'agit d'une *inversion utérine*..... et je ne veux pas, pour l'instant, préciser davantage afin que vous compreniez mieux l'embarras des médecins distingués qui ont soigné la malade.

Une femme H. de 54 ans, maigre, chétive, mais courageuse et résistante, bien réglée à 12 ans jusqu'à 46 ; mariée à 24 ans, mère à 25 ans une première fois, et une quatrième fois à 35, eut un avortement au 4e mois d'une 5e et dernière grossesse, à 41 ans, en 1868. Un médecin vit l'avorton, mais pas le délivre, et la femme reprit son pénible métier de laveuse, frotteuse de parquets, etc.

Trois ans plus tard (1871), expulsion par la vulve « de morceaux de chair sur lesquels étaient de petites cloches », examinés et qualifiés myxomes par un micrographe exercé.

Vers 1872, survint une métrorrhagie avec douleurs abdominales : « le col dilaté laissait passer entre ses lèvres une tumeur assez ferme quoique souple, d'une consistance uniforme, débordant d'un centimètre au moins le museau de tanche. La réduction par les doigts s'obtenait imparfaitement ou ne se maintenait pas..... la sonde utérine parcourait librement et dans tous les sens un sillon circulaire délimitant dans l'utérus une large base à cette tumeur. »

A quelle profondeur pénétrait l'hystéromètre ? Nous l'ignorons. Nous ne pourrions que le soupçonner en voyant les médecins consultants diagnostiquer sans hésiter une inversion incomplète de l'utérus.

Quelques années après (1874), le col fut trouvé refermé, non dilatable, et le fond de l'utérus en place. En 1876, ménopause remarquable par l'abondance des dernières hémorragies menstruelles. Depuis cette époque, simple écoulement continu, incolore, filant, empesant le linge. Dans les premiers jours de 1881, la malade commença à ressentir de la pesanteur dans le siège et des douleurs lombaires. Depuis, une tumeur parut entre les grandes lèvres, tumeur réductible et pouvant être maintenue réduite.

Le 16 novembre 1881, la femme H., sa journée faite, retournait à son domicile lorsqu'elle sentit « sa grosseur s'échapper brusquement de la vulve et descendre beaucoup plus bas que de coutume. » Une hémorragie de quantité indéterminée se produisit ; la réduction tentée par un médecin échoua et ne réussit pas mieux à l'hôpital où la malade fut reçue le lendemain 17.

Voici l'aspect des parties, relevé le 4 décembre. Il pend entre les grandes lèvres, une tumeur en forme de pilon irrégulier, ou de battant de cloche, longue de 21 centimètres, divisée en deux parties très distinctes, l'une supérieure, l'autre inférieure, soudées bout à bout et séparées par un *sillon annulaire*. La partie supérieure mesure en longueur 11 centimètres en avant, 12 en arrière; l'inférieure approximativement 10 centimètres. Celle-ci est la plus grosse, son diamètre maximum qui est voisin de l'extrémité inférieure atteint presque 9 centimètres, tandis que celui de l'autre portion ne va pas tout à fait à 6.

La portion inférieure est donc oblongue, légèrement pyriforme, à grosse extrémité dirigée en bas, à petite extrémité tournée en haut et terminée par un relief circulaire qui semble recevoir l'étranglement terminal de la portion supérieure comme le rebord d'un goulot de bouteille entoure un bouchon comprimé.

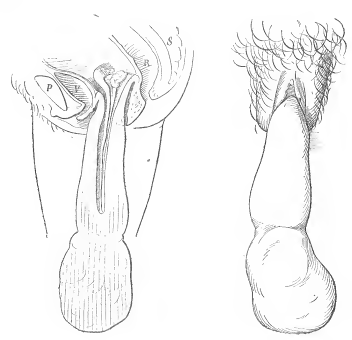
Deux petites tumeurs fluctuantes font songer à des œufs de Naboth dilatés et siègent à droite et à gauche près des limites supérieures de la portion inférieure. Deux dépressions ou fentes infundibuliformes longues de 15 millimètres, écartées de 11 centimètres sont situées de chaque côté de l'extrémité inférieure de la tumeur. Quoiqu'un stylet n'y puisse pénétrer, les explorateurs se demandent si ce ne sont pas là les orifices des trompes de Fallope.

Cette portion de la tumeur, qui donna si bien l'idée de l'utérus retourné est rosée, assez régulière dans sa forme, mais cependant mamelonnée sur quelques points. Ces mamelons ne présentent, disent les notes qui m'ont été remises, aucune induration : leur consistance est celle de la masse générale, ferme, souple, légèrement élastique.

Le segment supérieur de la tumeur se distingue de celui qui vient d'être décrit par son moindre diamètre, sa consistance plus

souple, plus dépressible, sa rougeur violacée et la régularité de sa surface. Ce segment, légèrement incurvé en avant, est un peu plus gros en bas qu'en haut et légèrement étranglé en son milieu. A un certain moment, les mensurations donnèrent : circonférence maxima, à 10 centimètres de la vulve, 20 centimètres; circonférence au niveau de la vulve, 16 centimètres 1|2; circonférence minima, dans un point intermédiaire, 15 centimètres.

La vulve n'a subi aucune déformation, le méat urinaire est à sa place.



L'index introduit contourne facilement le pédicule de la tumeur et pénètre à 3 centimètres en avant, à 5 en arrière. Le cul-de-sac annulaire est lisse et souple sur tous ses points, sans brides, ni dépressions. Le cathétérisme vésical est facile.

Bref, tous les médecins et chirurgiens consultés pensèrent que la tumeur était formée par une inversion de l'utérus et du vagin. Ils ne se demandèrent pas si ce dernier canal pouvait subir une pareille élongation. L'exploration comparative de la sensibilité des parties n'a pas été faite. Il est seulement dit que la partie inférieure était « peu sensible » et que le thermocautère n'y détermina aucune douleur.

Après divers accidents fébriles et péritonéaux, la surface du seg-

ment inférieur de la tumeur se couvrit de plaques gangréneuses superficielles, qui se détachèrent bientôt et laissèrent des exulcérations fibroïdes. Le cul-de-sac vulvo-vaginal suppura.

L'amputation du segment inférieur de la portion hystéroide fut résolue et une ligature élastique appliquée (22 décembre), un peu au-dessous du sillon intermédiaire aux deux segments.

Dans le but de ménager à coup sûr la vessie que l'on supposait *à priori* pouvoir être appliquée au-devant de la tumeur, le thermocautère prépara sur la partie antérieure la voie au fil élastique qui, je le répète, fut appliqué au-dessous du sillon circulaire, c'est-à-dire sur le pseudo-col dont on retrouve une partie sur la pièce anatomique.

La portion étranglée se gonfle, devint brune, jetant un suintement fétide et se ramollissant peu à peu. Finalement elle ressemblait à une poche flasque et vide que l'on excisa le 27 décembre au-dessous de la ligature, non sans éprouver une résistance de tissu fibreux.

La tumeur étant très altérée, on n'y reconnut rien; c'était un feutrage irrégulier de lamelles molles, assez résistantes à la traction.

Le 20 décembre, le fil de caoutchouc se détacha. Mais, l'état général de la malade s'était aggravé; le 25 décembre, frisson matin et soir; température 39°; le 26 décembre, troisième frisson, 40°, etc; le 30 décembre, mort.

L'autopsie telle qu'elle fut faite sur place ne nous fournit de renseignements que sur la cavité abdominale.

« Le grand épiploon recouvre comme à l'état normal les intestins et n'est pas plus injecté que de coutume. Les diverses parties du gros intestin n'offrent rien à noter quant à leur situation et à lour couleur. Le péritoine est légèrement injecté sur l'S iliaque et davantage sur le rectum. Les anses du petit intestin n'offrent ni adhérences, ni rougeur, à part une assez courte portion de l'iléon dont 15 centimètres environ pénètrent en partie dans l'infundibulum que forme le vagin inversé. Cette partie du petit intestin est fortement injectée, brunâtre, ecchymotique, un peu rétrécie sur une largeur de 2 centimètres au point le plus enflammé. Ces 15 à 18 centimètres d'intestin enflammé sont à 30 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale. L'anse intestinale qui pénètre dans l'entonnoir vaginal ne peut descendre au delà de 5 à 6 centimètres, l'entonnoir n'étant pas évasé plus bas.

Le péritoine pariétal du petit bassin est fortement injecté et renferme un demi-verre d'un liquide jaune brun ne contenant rien en suspension. La vessie petite, vide, cordiforme est appliquée à la symphyse; sa base limite l'entrée de l'infundibulum; ses bords

sont longés par les ligaments ronds qui plongent dans l'entonnoir péritonéal, comme les trompes et les ovaires qu'on aperçoit en arrière et en dehors. Cet entonnoir n'a pas moins de 13 centimètres de profondeur, son orifice abdominal présente quelques plis radiés.

La pièce qui m'a été envoyée comprend l'entonnoir pelvien et les organes génitaux. La tumeur qui pend entre les lèvres n'est autre que le segment supérieur ménagé par les opérateurs. C'est l'utérus inversé, complètement inversé. Le segment amputé était malgré sa forme utérine, un simple corps ou polype fibreux ainsi qu'en témoigne le morceau resté adhérent au fond de l'utérus retourné.

L'utérus a subi un allongement notable et mesure environ 12 centimètres.

Le col caché dans la vulve est effacé : il n'y a pas au-dessus de sillon appréciable, bien que les parois du tube y paraissent plus minces; mais des œufs de Naboth nombreux établissent assez nettement les limites, maintenant supérieures, de l'utérus. L'inversion du vagin est minime, à peine quelques centimètres. Aussi la base vésicale est-elle restée en place. C'est ce qui explique la profondeur encore grande à laquelle le doigt pénètre par la vulve tout autour de la tumeur, mais surtout en arrière. En ce dernier sens, l'inversion du vagin s'est arrêtée à peu près au niveau du sinus inférieur du péritoine.

Quand on regarde l'entrée abdominale de l'entonnoir, on observe que la plicature vaginale forme sous le péritoine un relief circulaire, comme une margelle bien visible sur les côtés et en derrière, devant le rectum. Donc, quelque chose s'est opposé et s'oppose encore à ce que l'invagination vaginale s'exagère.

Les trompes sont très longues, 20 centimètres au lieu de 12, et les ligaments utéro-ovariens ont subi un allongement proportionnel. Pour découvrir les orifices internes (devenus externes) des trompes, j'ai dû employer une injection mercurielle. Ces orifices n'étaient ni apparents, ni dilatés, ni oblitérés. Ils s'ouvrent d'une manière imperceptible, à la surface de la tumeur. Tout au plus, après grattage, avons-nous pu reconnaître que des anses musculaires, elliptiques et concentriques les entouraient en dehors.

Le canal péritonéal intérieur n'offre aucune adhérence, aucune trace persistante d'inflammation ; les tissus ont la souplesse et la mobilité normales.

Je ne veux pas essayer d'établir l'histoire chronologique de la femme H. Elle a fait un corps fibreux qui s'est pédiculisé, a dilaté l'utérus, est descendu dans le vagin, puis à l'extérieur, entraînant, lentement ou brusquement, le fond de l'utérus et l'orifice supérieur du vagin. C'est ainsi que les choses se sont passées, mais à quelles

époques se sont accomplies les différentes périodes de cette évolution, je ne vois rien qui puisse nous l'apprendre avec sûreté.

J'aimerais mieux rechercher les raisons qui ont arrêté l'inversion vaginale à peine commencée. Je suppose que la tumeur s'est trouvée retenue, intérieurement suspendue, par les ligaments ronds dont l'insertion utérine était descendue à 0^m, 10 au-dessous de la vulve et par les fibres utéro-lombaires qui accompagnent les vaisseaux utéro-ovariens.

En raison de leur laxité, de leur grande longueur, ces ligaments peuvent permettre une invagination brusque de l'utérus.

En est-il de même pour le vagin, des ligaments qui fixent aux parois du bassin la partie supérieure de ce canal et le col utérin? Je ne le pense pas.

De chaque côté de la vessie, du vagin et du rectum, montant obliquement du pubis au sacrum, existe un plan fibreux placé de champ qui, grâce à ses insertions osseuses, suspend les organes précités, plus ou moins adhérents à sa face interne. Ces deux lames parallèles fixent notamment l'extrémité supérieure du vagin au sacrum; et leurs bords supérieurs qui soulèvent le péritoine de chaque côté du cul-de-sac péritonéal recto-vaginal sont connus sous le nom de replis de Douglas.

Ce n'est pas tout, les vaisseaux et les nerfs, les uns et les autres si nombreux, qui descendent des parois latérales postérieures du bassin vers le col utérin, le vagin et la vessie, sont enveloppés et couverts de tractus et de lames fibreuses autrefois décrites par Jarjavay. Ce tissu adhérant en haut au voisinage du détroit supérieur constitue de chaque côté un puissant agent suspenseur du vagin.

Je pense que, dans le cas actuel, les ligaments suspenseurs du vagin (utéro-vagino-sacrés) ont prêté leur concours aux ligaments du fond de l'utérus pour limiter l'invagination qui paraît s'être faite ou du moins complétée brusquement.

A priori, je suis porté à croire que les liens qui rattachent aux parois pelviennes l'extrémité utérine du vagin ne peuvent se distendre que fort lentement.

Nous savons depuis longtemps qu'ils s'allongent dans le prolapsus ordinaire de l'utérus et qu'ils permettent alors au vagin de se retourner jusqu'au niveau du bord inférieur du muscle releveur de l'anus, jusqu'au plancher périnéal.

Quant au vagin lui-même, peut-il, quand il se renverse, subir un allongement notable, même avec le temps, non seulement quand il est transversalement distendu par la partie cervicale de l'utérus descendue, mais même lorsqu'il reste relativement vide comme dans l'inversion utérine?

J'en doute beaucoup. Dans tout cas analogue à celui qui m'occupe si le doigt pénètre dans la vulve autour du pédicule jusqu'à environ 5 centimètres en arrière, l'on devrait conclure que le vagin est à peine à moitié retourné et que, par conséquent, la partie visible à l'extérieur appartient en totalité à l'utérus. Pour que le fond de cet organe inversé descende à plus de 20 centimètres au-dessous de la vulve, ce qui ne s'est jamais vu et ne se verra sans doute jamais, car il est difficile de croire que la vie active et debout soit compatible avec l'inversion utérine extérieure pendant les années nécessaires à l'élongation des ligaments du fond et du col de l'utérus, il semble nécessaire que le vagin se retourne complètement comme dans la vulgaire chute de matrice. Mais alors, le doigt ne pénétrerait plus dans la vulve et la sonde dévoilerait une descente du bas-fond vésical. M. Guéniot nous a montré combien de services pouvait rendre l'acupuncture, l'exploration comparative de la dureté et de la sensibilité des parties herniées.

Les apparences extérieures sont quelquefois décevantes et vraiment c'est un leurre que l'espoir de trouver des traces des arbres de vie et du col de l'utérus, ou encore des crêtes transversales du vagin, quand ces organes sont inversés.

On ne voit même pas toujours les orifices des trompes. Il m'a fallu recourir à l'injection mercurielle pour les découvrir et M. Chauvel les a cherchés en vain sur sa malade. Je rappellerai que celle-ci était en âge de présenter le précieux signe de la rosée sanguine menstruelle.

Dans le cas qui nous occupe en ce moment, les médecins avaient cru trouver les orifices des trompes sur le corps fibreux hystéroïde. Ce fut peut-être la principale raison de leur méprise.

La pièce que vous avez sous les yeux démontre d'une façon définitive la possibilité de l'*inversion complète de l'utérus.* Un polype fibreux a d'abord dilaté l'utérus et le col, effacé celui-ci et commencé l'invagination de celui-là pour descendre dans le vagin. Vraisemblablement, l'inversion a été brusquement complétée par l'effort qui chassa hors de la vulve cette tumeur de 21 centimètres formée par le polype et l'utérus tout entier .

Déjà M. Desprès vous a présenté le moule actuellement au musée Dupuytren, d'une invagination que je crois avoir été complète et commencée par un polype tombé spontanément.

Je doute que l'utérus inversé ait jamais été enlevé en totalité, mais je pense que si l'on cherchait bien, on trouverait un certain nombre de renversements utérins complets ou à peu près, déterminés par la présence d'un polype.

J'ai voulu voir la thèse de Ségard an XII, n° 246, qui reproduit

des figures de Denman et le livre illustré de M. Clintock (Dublin 1863).

J'ai trouvé dans ce dernier ouvrage un mémoire remarquable sur l'inversion utérine.

Deux cas m'ont intéressé surtout, dans lesquels, comme chez la malade de M. Desprès, l'inversion utérine avait été déterminée par un petit polype moins gros qu'une noix. Les parties saillantes à l'extérieur étaient longues de 6 pouces (14 cent. 1/2) dans un cas et de 7 pouces (17 centimètres), dans l'autre.

L'observation propre de M. Clintock est celle d'une femme de 66 ans, non mariée qui, n'ayant jamais rien éprouvé du côté de la matrice, se blessa en frottant un parquet, vomit et dans un effort de vomissement, expulsa par la vulve une longue tumeur de 17 centimètres.

Le dessin montre bout à bout, le petit polype pédiculé, le corps utérin, le col et un peu de vagin. Il est à remarquer que le corps utérin et ce que je crois être le col, paraissent farcis de petits corps fibreux, car la surface de ces parties est très inégale et mamelonnée. L'utérus retourné n'est donc pas toujours lisse et prend quelquefois l'apparence d'un corps fibreux.

Discussion.

M. Le Fort. Je rapprocherai de la communication de M. Farabeuf un fait qui a été observé par M. Verneuil et par moi et qui montre combien, dans certains cas, la difficulté du diagnostic peut être grande.

Il s'agit d'une femme qui était à Lariboisière en 1872; il lui sortait par la vulve une tumeur volumineuse, et par le toucher on ne trouvait plus de culs-de-sac; je pensai à l'existence d'une tumeur fibreuse développée dans le fond de l'utérus et ayant amené une invagination de l'organe; l'état de la malade était grave, il y avait nécessité d'intervenir.

Avec le thermo-cautère, je fis une incision verticale sur la tumeur, je trouvai un fibrome qui fut énucléé, un serre-nœud étant appliqué au-dessus, le reste de la tumeur utérine fut enlevé.

Mais celle-ci était déjà envahie par la gangrène, ce qui ne permettait pas de reconnaître les parties dont elle était constituée. La mort survint après 48 heures.

A l'autopsie, je trouvai l'utérus en place, il était à peu près intact. La tumeur fibreuse s'était développée dans la partie vaginale du col et se coiffant du tissu utérin, elle avait entraîné le vagin dont les culs-de-sac avaient disparu. Il y avaient une sorte d'allongement énorme du col.

Je signale ce cas au point de vue de la difficulté du diagnostic.

M. Tillaux. J'ai vu à l'hôpital Beaujon un cas analogue à celui de M. Farabeuf, dont j'ai déjà parlé à l'Académie lors d'une discussion sur les tumeurs qui entraînent l'utérus.

Il y avait une tumeur bilobée, les deux lobes supérieur et inférieur étaient séparés par une portion rétrécie; on ne sentait plus les culs-de-sac.

La tumeur inférieure paraissait être un fibrome, je fis sur elle une incision au bistouri sans endormir la malade, pratique que je recommande toujours en pareil cas, afin de reconnaître si l'on touche au tissu utérin qui est sensible.

La tumeur fut énucléée; l'utérus se réduisit et la guérison survint au bout de quelques jours.

Dans les tumenrs de ce genre, il faut explorer avec soin leur sensibilité et faire porter la section sur la partie insensible. La portion rétrécie de ces tumeurs bilobées indique peut-être la ligne de séparation du fibrome et de l'utérus,

---

Deux observations de fistules para-coccygiennes d'origine congénitale.

M. Pozzi. A propos des récentes communications faites par MM. Lannelongue et Heurtaux sur ce sujet, je crois intéressant de rappeler deux observations d'un auteur américain qui se rapportent évidemment à la même question. Elles ont été publiées en 1867 dans le livre de J. Mason Warren, chirurgien de l'hôpital général de Massachusetts « *Surgical observations with cases and opérations* », page 192, 193. L'auteur ne s'est pas rendu compte de leur étiologie véritable et attribue une importance exagérée à la présence des poils. Il me semble que ceux-ci n'ont joué dans ces cas, comme dans ceux cités par M. Heurtaux, que le rôle de corps étrangers, irritant la petite dépression ou cavité préexistante, laquelle sans cela aurait pu passer inaperçue. Mason Warren n'a vu que la cause *occasionnelle* et a méconnu la cause *prédisposante* qui est, en somme, la principale. Son livre étant assez peu répandu, je donnerai la traduction intégrale de ces deux observations, en leur conservant leur titre primitif :

Observation I. — *Pertuis fistuleux situé près de la base du coccyx, sur la ligne médiane et entre les deux fesses. Poils contenus dans la fistule.*

Le cas suivant a été observé chez un malade qui était venu me consulter : j'ai eu fréquemment l'occasion d'en observer d'autres sem-

blables : mais nulle part je ne les ai rencontrés décrits. Je n'ai point encore trouvé d'explication satisfaisante de son mode d'origine.

C'était en 1864, au mois de janvier. Un jeune homme de 25 ans, qui présentait sur tout le corps un abondant développement du système pileux, vint me trouver pour une petite ouverture fistuleuse qu'il avait sur le sacrum, juste entre les plis fessiers. Une légère humidité en ce point éveilla pour la première fois son attention, il y a un an. D'abord séreux, le liquide qui s'en écoulait devint bientôt purulent. Dans ces derniers temps, la maladie s'aggrava : la douleur et l'incommodité qu'il en éprouvait le décidèrent à voir un médecin.

A l'examen, on trouvait une petite ouverture circulaire admettant juste la pointe d'un stylet : on dirait qu'en ce point la peau s'est repliée et il n'y a rien qui ressemble au pertuis déchiqueté et enflammé d'une fistule ordinaire. On voyait sourdre de la fistule un liquide séro-purulent ; on pouvait faire remonter le stylet par ce trajet dans l'étendue de 1 pouce 1/2.

Je reconnus là de suite une affection qui s'était souvent présentée à mon observation.

Dans ces cas, en incisant la fistule, on trouve généralement au fond du cul-de-sac une petite boucle de poils. Ces poils paraissent en certains cas agir comme un corps étranger, provoquer une inflammation et un abcès d'où les pertuis fistuleux de directions variées, qui cachent ainsi souvent la cause première de tout le mal.

Cependant, par une exploration minutieuse, on découvre la petite touffe de poils libre de tous côtés, n'adhérant point aux tissus voisins.

J'ai rencontré une fistule de cette nature dans un cas chez une femme dont le système pileux était de couleur foncée et présentait en cette région un développement exagéré : dans toutes les autres observations, au nombre de 8 ou 10, il s'agissait d'hommes.

La question de l'origine de cette singulière affection est fort obscure. Peut-être cependant a-t-elle son point de départ dans le gros poil ou dans les poils qui sortent d'un seul follicule, poils déviés par un moyen ou par un autre de leur direction normale, et qui se seraient retournés sur eux-mêmes dans l'intérieur du follicule : la croissance des poils continuant à se faire, ainsi se formerait cet écheveau embrouillé ou ce petit peloton de poils que l'on rencontre, et qui, après un certain temps, peut facilement amener une inflammation, comme l'accumulation de matière sébacée dans un follicule de la face, peut amener cette forme du processus inflammatoire connue sous le nom d'acné. On trouve peut-être l'explication du siège de cette affection sur la ligne médiane entre les plis fessiers, dans la constante pression et l'humidité permanente de la région, humidité ramollissant et les poils nouvellement formés et les cellules épidermiques qui entourent l'embouchure du follicule.

Le traitement consiste en un large ouverture de la ou des cavités dans lesquelles l'inflammation a emprisonné la peau et le tissu souscutané, ou bien, si la peau est raide, on peut ouvrir le sac et l'enlever par dissection. Il faut réunir les téguments par un ou deux points de

suture qui assurent ainsi une guérison plus rapide que la simple incision

Cette affection est intéressante, outre la question de son exacte origine, en ce que les malades qui la présentent croient presque toujours souffrir d'une fistule à l'anus.

OBSERVATION II. — *Pertuis fistuleux situé près de l'anus et contenant des poils.*

Un homme entre à l'hôpital le 31 juillet 1861 pour être opéré de ce qu'il croit être une fistule à l'anus. Une année auparavant, il avait reçu un coup de pied aux fesses, et à la suite était apparue uue petite masse dure qui avait suppuré dernièrement. On trouvait une ouverture près de l'anus et une autre près du coccyx; ni l'une ni l'autre ne communiquaient avec le rectum.

On faisait librement passer une sonde cannelée de l'une dans l'autre.

En ouvrant largement tout le trajet, entre les deux ouvertures on trouva une touffe de poils, absolument libre, et ne présentant aucun bulbe.

Une semaine plus tard, le malade quittait l'hôpital dans un état satisfaisant.

M. LANNELONGUE. Je revendique pour Kuhn la priorité de la description de ces fistules, ce que j'ai indiqué d'ailleurs dans mon travail.

Lecture.

M. Humbert lit un travail intitulé : *Ulcérations des artères au contact du pus dans deux cas d'ostéomyélite.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Polaillon, Farabeuf et Anger, rapporteur.

Présentation de pièces.

Ostéomyélite ancienne du maxillaire inférieur, nécrose du maxillaire comprenant le condyle, la branche montante et la moitié du corps de cet os. — Reproduction d'un os nouveau comprenant le corps de l'os et la branche montante avec une apophyse coronoïde et un petit condyle. Ce nouvel os présente comme

particularité deux articulations symphysiennes, l'une entre le corps de l'os et la branche montante, l'autre entre le condyle et cette même branche montante.

Par M. Lannelongue.

Messieurs,

Le 10 novembre 1881, on conduisait à l'hôpital Trousseau un petit garçon de l'âge de trois ans, il était porteur d'accidents consécutifs à une ostéomyélite aiguë du maxillaire inférieur. Cette ostéomylite avait débuté six mois avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital. Elle s'était déclarée alors brusquement, d'une manière violente sans douleurs dentaires, sans causes. Tout d'un coup, alors, cct enfant fut pris de douleurs atroces, de fièvre violente, et d'accidents généraux à forme typhoïde tellement graves que pendant quelques jours sa vie fut en danger. Le gonflement occupait toute la partie inférieure de la moitié droite de la figure, une partie du cou et remontait en haut jusqu'à la tempe, les paupières elles-mêmes étaient gonflées. D'après le témoignage du médecin qui le soignait, il semblait que ce fût un phlegmon diffus. Bref le cortège terrible dc ces phénomènes locaux et généraux s'atténua par l'ouverture dans la bouche d'un très vaste abcès ; cette ouverture eut lieu le huitième jour.

L'enfant dont je ne raconterai plus l'histoire clinique, fut longtemps très malade et il a toujours suppuré jusqu'au 10 novembre, jour de son entrée. A cette époque nous trouvons après l'avoir examiné, les parties dans l'état suivant :

1° Il existe un séquestre qui apparaît dans la bouche dans une étendue d'un centimètre près de la ligne médiane. Ce séquestre est contenu dans une gouttière dont je parlerai dans un instant ; avec un stylet, on parcourt un long trajet sur la face externe de ce séquestre jusqu'au niveau de la branche montante. De plus, en prenant avec des pinces le bord apparent du séquestre, on y communique quelques mouvements qui indiquent que ce séquestre est en réalité libre quoique inclus et fortement enclavé.

2° Un os nouveau s'est formé autour de ce séquestre ; il est important et présente une gouttière ouverte en avant par où le séquestre se montre. Quand on fait ouvrir la mâchoire de l'enfant, les mâchoires s'écartent dans une certaine étendue sans que l'écartement soit complet.

En présence de ces particularités, je pratiquai l'extraction du séquestre ; l'opération fut assez facile ; il me suffit d'agrandir l'ouverture par où passait le séquestre et de la transformer en gouttière. Puis en exerçant quelques tractions sur le séquestre, il

parvint à se dégager peu à peu et finalement il fut extrait. Les suites de l'opération furent simples et en peu de jours, la gouttière qui contenait le séquestre se combla peu à peu. L'enfant allait tout à fait bien et il devait quitter l'hôpital lorsqu'un mois après l'opération il fut pris d'accidents de néphrite aiguë avec éclampsie à laquelle il succomba en quelques jours. Il est probable qu'avant sa néphrite, il avait eu une scarlatine qui avait passé inaperçue. Cela est d'autant plus probable que dans la salle qu'il occupait il y avait d'autres sujets affectés de scarlatine. Quoi qu'il en soit, à l'autopsie, on trouva une néphrite des plus intenses.

Mais je tiens à me borner aux particularités de la mâchoire. Le séquestre enlevé comprend, comme je l'ai dit dans le titre de cette observation, la branche de la mâchoire avec le condyle et l'apophyse coronoïde, il comprend enfin la moitié du corps de l'os jusqu'à la ligne médiane.—Des deux tables du corps de l'os l'externe est complète; l'interne seule fait défaut près de la ligne médiane.— La branche est complète. Je dois noter seulement une raréfaction assez notable du tissu compact.

Le nouvel os est remarquable en ce qu'il reproduit à peu près exactement la forme de l'os ancien. Le corps de l'os se montre avec un bord inférieur convexe, un bord supérieur concave et creusé en gouttière; sa face externe est lisse; l'os a un centimètre d'épaisseur; à ce corps succède une branche montante plus courte que l'ancienne, mais plus épaisse; la gouttière du bord supérieur du corps se prolonge dans cette branche montante jusqu'à son milieu environ; le bord postérieur de la branche montante est épais et arrondi. A sa partie supérieure cette branche montante se termine par une apophyse interne aiguë représentant en petit l'apophyse coronoïde; cette apophyse est seulement plus courte et plus épaisse; elle est séparée d'une autre éminence du volume d'un petit haricot par une échancrure assez comparable à l'échancrure normale. Cette seconde saillie représente le condyle, mais elle n'en a qu'une forme un peu éloignée. On ne voit pas avec netteté la représentation des surfaces articulaires du condyle, il y existe seulement un bord supérieur convexe et inégal, suivi de deux faces verticales planes.

Quoique imparfaites, les deux éminences supérieures du nouveau maxillaire inférieur, condyle et apophyse montante, sont représentées par des saillies d'une conformation importante qui rappelle d'assez près la configuration normale. A ce point de vue cette reproduction est curieuse.

Mais cette pièce présente une particularité plus curieuse encore, parfaitement explicable d'ailleurs. Cette particularité consiste en ceci. Entre le corps de l'os et la branche montante, il existe une

articulation; de même entre la saillie qui est le condyle et la branche montante, il existe une seconde articulation. Ces deux articulations sont reconnaissables à un mouvement bien marqué entre le corps de l'os et la branche montante, et entre le nouveau condyle et cette même branche montante. Cette mobilité n'est pas très grande, mais ces pièces jouent notablement les unes sur les autres. Quand on étudie le tissu qui unit les pièces du nouvel os, on reconnaît que c'est un tissu fibreux, dense et épais. C'est donc un genre d'articulation comparable à celui des symphyses; mais je me hâte d'ajouter que ma conviction sur ce point est la suivante. Si l'enfant eût vécu plus longtemps, le tissu fibreux unissant les différentes pièces du nouvel os se serait ossifié probablement et la continuité de l'os n'eût plus été interrompue. Dans cette hypothèse, ces articulations devaient disparaître; elles sont en tout cas suffisamment serrées pour ne pas apporter d'entrave au mouvement de la totalité de la mâchoire, mais je le répète, je pense que cette disposition de la mâchoire, cet état articulé était appelé à disparaître.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,
NICAISE.

Séance du 5 avril 1882.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine.* — *Les Archives de médecine.* — *Lyon médical.* — *Revue médicale de Toulouse.* — *Montpellier médical.* — *Revue médicale.* — *Bulletin médical du Nord.* — *Revue médicale de l'Est.* — *Bulletin de thérapeutique.* — *Gazette de Strasbourg.* — *Revue scientifique de la France et de l'étranger.*

3° *British medical.* — *Le Practitioner.* — *Gazette médicale italienne-lombarde.*

4° *Du forceps céphalotribe* de M. le Dr Vanden-Bosch, de Liège.

5° Une lettre de candidature au titre de membre titulaire de M. le Dr Marchand, chirurgien des hôpitaux.

6° Une *observation de tétanos* adressée par M. le Dr Moty, médecin-major de l'hôpital de Guelma. (Renvoyée à l'examen de M. Chauvel.)

A propos du procès-verbal.

M. Anger. Dans la dernière séance, l'on a dit, à propos de l'ovariotomie, que Gaillard Thomas avait déjà décrit le procédé d'énucléation que j'ai employé ; cet auteur ne dit rien de semblable, mais seulement que si l'on rencontre des vaisseaux volumineux sur un kyste, il faut inciser entre eux. Il cite Miner de Buffalo comme ayant recommandé l'énucléation dans les kystes du ligament large ; cet auteur conseille, au lieu de cela, un procédé général applicable à tous les pédicules et consistant dans leur décollement et la ligature successive des vaisseaux, afin d'éviter l'emploi du clamp.

Ce procédé n'a rien de commun avec celui que j'ai indiqué.

Gaillard Thomas dit bien que si la tumeur est recouverte par le péritoine, il faut inciser celui-ci, puis énucléer la tumeur, mais sans indiquer dans quelle variété de tumeur il faut agir ainsi. Son livre est d'ailleurs de 1876, et mon observation a été publiée dans les *Bulletins de la Société anatomique*, en 1874 (p. 182).

M. Desprès. Je demande à donner des nouvelles d'un malade dont j'ai parlé lors de la discussion sur l'établissement d'un anus artificiel dans le cas de cancer du rectum.

Il s'agit d'un malade qui eut des phénomènes d'obstruction que je pus faire disparaître en introduisant la main dans le rectum; le cancer est situé à la partie supérieure du rectum, vers l'S iliaque. Ce malade continue à aller assez bien, et cela depuis trois mois que j'ai pratiqué la désobstruction ; il prend quelques bains et un léger purgatif tous les deux jours.

Ce fait montre que l'établissement d'un anus artificiel dans le cancer du rectum n'est jamais nécessaire.

A propos de la correspondance.

M. le secrétaire général donne lecture d'un travail de M. Ollier, intitulé :

Des amputations et des désarticulations sous-périostées.

La Société de chirurgie s'étant occupée des *amputations sous-périostées*, dans sa séance du 1er mars, à propos d'une communication de M. Nicaise, je désire soumettre à son appréciation les résultats de mes recherches et de mon expérience sur cette question que j'ai étudiée depuis 1859 et dont on me paraît avoir complètement oublié l'origine.

Reprenant, dès 1858, une idée déjà émise par Bruninghausen en 1818, et qui avait été tout à fait stérile pour la pratique, bien qu'elle fût mentionnée dans la plupart des traités de médecine opératoire, je fis des expériences pour démontrer l'utilité du périoste dans les moignons d'amputation.

Je proposai (*Journal de la physiologie de* Brown-Séquard, janvier et avril 1859) de recouvrir dans les amputations le bout de l'os avec un lambeau ou une manchette de périoste, dans le but de favoriser la réunion immédiate, de prévenir la nécrose du bout de l'os et de fermer la porte à l'ostéo-myélite.

Après avoir essayé comparativement le lambeau unilatéral et la manchette circulaire, je donnai la préférence au premier pour le plus grand nombre de cas et surtout pour les amputations à lambeaux.

Quelque temps après, des chirurgiens étrangers, Heyfelder, Symvoulidès, etc., mirent ce procédé à exécution dans leurs amputations et apportèrent en sa faveur des faits qui leur paraissaient concluants, 1861 (*Gazette médicale de Paris*).

A partir de 1860 je l'appliquai régulièrement dans les amputations que j'eus à pratiquer, mais je ne tardai pas à voir qu'il n'avait pas l'importance que je lui avais théoriquement attribuée. Dans le milieu où j'exerçais, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, ce procédé opératoire était le plus souvent insuffisant pour prévenir la suppuration du fond de la plaie et j'observai plus d'une fois la nécrose annulaire du bout de l'os. Les résultats étaient alors à peu près les mêmes que dans les amputations ordinaires.

Je réussis cependant plusieurs fois chez les jeunes sujets à faire recoller le périoste à l'os, mais alors le périoste conservant ses propriétés ostéogéniques était l'origine d'ostéophytes irréguliers et plus ou moins saillants qui rendaient quelquefois le moignon dou-

loureux. Dans un cas je vis se former une longue et mince apophyse que je fus obligé de réséquer plus tard.

Cette circonstance me fit abandonner peu à peu pour la plupart des amputations dans la continuité le lambeau ou la manchette périostiques, je les conservai cependant pour les amputations de jambe au lieu d'élection. En recouvrant l'angle antérieur du tibia d'un lambeau périostéo-cutané, j'avais plus de chance d'éviter la perforation du lambeau que la section oblique de l'os ne permet pas toujours de prévenir.

Avec les pansements antiseptiques, nous avons aujourd'hui beaucoup plus de chances d'obtenir la réunion immédiate et complète de l'os aux parties molles ; mais je crains toujours la formation d'ostéophytes irréguliers chez les jeunes sujets [1] et je n'attache pour ce motif qu'une médiocre importance au lambeau périostique dans les amputations ordinaires.

S'il a en effet l'avantage de favoriser la réunion immédiate lorsqu'il a été détaché de l'os avec toutes les précautions nécessaires pour conserver sa couche ostéogène, il peut par cela même donner lieu à des ostéophytes irréguliers qui rendront le moignon douloureux.

Chez l'adulte, à cause de l'obscurité des propriétés ostéogéniques du périoste, ce danger n'existe guère, mais si l'on n'apporte pas la plus minutieuse attention à la section de l'os en avant de la manchette ou du lambeau périostique relevés, on laisse au delà du trait de scie une petite zone d'os dénudée qui peut par elle-même, si la plaie se complique, si le foyer s'enflamme et suppure longtemps, être justement la cause de la nécrose annulaire qu'on se propose d'éviter. Cette dénudation compense ainsi dans une certaine mesure les avantages du recouvrement de la surface de section par le lambeau périostique.

Donc, dans les amputations ordinaires la conservation du lambeau périostique présente presque autant d'inconvénients que d'avantages, et je compte plus pour obtenir la réunion immédiate, sur une antisepsie rigoureuse que sur la conservation d'un lambeau de périoste, qui, lorsqu'il est apte à se souder immédiatement à l'os, en raison des éléments embryonnaires de la couche ostéogène, peut amener une production irrégulière de tissu osseux dont on n'a nul besoin.

C'est à un autre point de vue que j'ai continué à faire des amputations sous-périostées et si je n'attache qu'une importance limitée

[1] Récemment encore j'ai eu à réséquer une aiguille osseuse due à cette cause, developpée sur le cinquième metatarsien, à la suite d'une amputation tarso-métatarsienne.

à cette première conception, je crois avoir fait un travail plus utile en démontrant l'utilité des *désarticulations sous-périostées* que j'ai successivement étendues aux diverses régions.

J'ai appliqué aux désarticulations les mêmes règles qu'aux résections. Aux procédés anciens, combinés surtout en vue de la rapidité de l'opération, de l'économie du sang et des souffrances du blessé, j'ai substitué des procédés lents sans doute, mais plus physiologiques, plus conservateurs des parties qui peuvent être utiles plus tard, et, en même temps, plus économes du sang que les plus rapides et les plus brillants des procédés anciens.

J'aborde les articulations au niveau desquelles je veux opérer, par les mêmes incisions qui me servent pour les résections sous-périostées. Je pénètre à travers un espace intermusculaire déterminé, jusque sur la gaine périostéo-capsulaire que j'incise avec le bistouri, puis je prends la rugine pour décoller le périoste, je dénude l'os, je dépouille la tête, je la fais saillir à travers les chairs et, lorsque la portion du membre qui doit constituer le moignon a été ainsi désossée à la hauteur voulue, je coupe les parties molles avec un bistouri et je lie les vaisseaux au fur et à mesure.

Cette opération beaucoup plus longue que les procédés usuels, peut être faite presque sans perte de sang, et bien que l'application de l'ischémie artificielle par la bande élastique ait changé complètement les conditions opératoires sous ce rapport, il n'est pas sans intérêt de savoir qu'on peut, sans perte notable de sang, faire une désarticulation de la cuisse par la seule combinaison des divers temps de l'opération et sans recourir à la ligature préventive ou à de nouveaux moyens hémostatiques.

Mais ce n'est pas principalement à ce point de vue que je préconise les désarticulations sous-périostées, c'est parce qu'elles ont le grand avantage de limiter le traumatisme, de le circonscrire dans la gaine périostéo-capsulaire et de réduire la plaie opératoire à l'étendue de cette gaine et à la surface de section des muscles coupés perpendiculairement. On n'ouvre pas, comme dans les opérations ordinaires, les loges musculaires, les gaines tendineuses qui entourent l'os ; on ne risque pas de léser longitudinalement les vaisseaux et les nerfs et l'on fait par cela même une opération plus sûre et plus simple dans ses suites.

On peut en outre lorsqu'on opère chez de jeunes sujets et sur un périoste doué à ce moment de ses propriétés ostéogéniques, obtenir dans le moignon une masse osseuse ou ostéo-fibreuse dont l'utilité varie avec les diverses régions, mais qui peut changer complètement les résultats orthopédiques et fonctionnels de l'opération.

Après les désarticulations sous-périostées des premier et cin-

quième métatarsiens, du premier métacarpien, après les désarticulations tibio-tarsiennes avec conservation du périoste calcanéen, on constate, suivant l'âge des sujets, des masses osseuses ou ostéo-fibreuses de nouvelle formation qui améliorent, au pied, les conditions de sustentation et, à la main, les conditions de mouvement.

A l'épaule et à la hanche, si j'en juge par les pièces de ma collection expérimentale recueillies sur divers animaux, on arrivera, chez les enfants et les adolescents, à obtenir des moignons munis d'un squelette nouveau et susceptibles par cela même de recevoir un appareil prothétique[1].

J'aurai l'honneur d'adresser prochainement à la Société un travail où seront exposés *in extenso* les principes physiologiques, le manuel et les résultats déjà acquis de cette nouvelle méthode opératoire. Pour aujourd'hui j'ai voulu seulement rectifier une erreur historique qui s'était glissée dans la dernière discussion et rappeler ce que j'avais fait dès 1859 pour les amputations à lambeaux périostiques, mais je désirais aussi soumettre à l'appréciation de mes collègues mes vues actuelles sur les amputations ou désarticulations sous-périostées, sur lesquelles j'ai encore peu écrit, bien que depuis vingt ans je les aie constamment répandues autour de moi, dans mon service ou mon enseignement.

Discussion.

M. Poncet. Je suis surpris de voir M. Ollier devenir l'adversaire des amputations sous-périostées qu'il recommandait autrefois. Les inconvénients qu'il leur attribue sont exagérés, j'ai dit que dans trois cas j'avais obtenu une bonne conformation du moignon et les faits ont prouvé que le périoste se recolle facilement, sans qu'il se produise de nécrose; si celle-ci survient, ce n'est pas le fait du procédé sous-périosté.

M. Desprès. Je répéterai que je suis l'adversaire non en principe, mais en pratique de l'amputation sous-périostée, elle est irréalisable à moins de conditions exceptionnelles que l'on rencontre chez les scrofuleux, autrement le périoste ne se laisse pas décoller, il est déchiqueté. J'accepte l'opinion de M. Ollier si compétent sur ce sujet, qui rejette l'amputation sous-périostée.

[1] M. James Shuter, de Londres, m'a écrit récemment qu'il avait obtenu après une désarticulation de la hanche par la méthode sous-périostée, un os nouveau donnant de la solidité au moignon et lui permettant de se mouvoir sur le bassin.

M. Poncet. J'ai fait, il y a huit jours une amputation du bras sous-périostée, pour un traumatisme, chez un homme de 18 à 20 ans, le décollement du périoste fut facile. Il est un peu plus difficile en effet sur le tibia, mais il est facile sur le fémur et l'humérus.

M. Trélat. Je partage l'avis de M. Poncet, le décollement du périoste est facile.

Je ferai remarquer à M. Desprès qu'il peut s'appuyer sur l'opinion de M. Ollier, mais qu'il est loin d'être d'accord avec lui. M. Ollier dit qu'en conservant le périoste on s'expose à avoir des champignons osseux exagérés, que si on le décolle trop on s'expose à la nécrose, donc M. Ollier admet qu'on peut décoller le périoste et que les inconvénients viennent de son décollement et de sa conservation; M. Desprès dit, au contraire, que l'on ne peut décoller le périoste, alors dans ce cas les inconvénients signalés n'existeraient pas.

Il serait nécessaire de s'entendre et de savoir si oui ou non le périoste se décolle.

Oui, il se décolle, mais quelquefois avec difficulté, et sa conservation est très propre à assurer la réunion primitive, particulièrement la disposition en manchette rappelée par M. Nicaise.

Ce qu'il faut chercher à obtenir, c'est l'adhérence primitive du lambeau à l'os; le résultat est tout différent selon que cette adhésion est primitive ou secondaire.

Dans le premier cas, si le périoste a été conservé, cinq ou six jours après l'opération, l'accolement du lambeau est complet, le moignon est indolore, on peut presser sur l'os sans déterminer de douleurs.

Si la réunion primitive n'a pas lieu, si on ne réussit pas à l'obtenir, la cicatrisation est lente, le moignon est douloureux jusqu'à ce que, par la genèse d'éléments nouveaux, le lambeau s'accole à l'os.

Je le répète, l'adhérence du lambeau est facilitée par la conserva tion du périoste et c'est ce que démontrait la pièce de M. Nicaise, provenant d'un malade mort le vingt-neuvième jour après l'opération.

M. Desprès. Je ne conteste pas la possibilité de décoller le périoste, mais on raisonne sur un ou deux faits.

Dans le cas de tumeurs blanches, le périoste est épais, mais sur un adulte, dans un cas d'amputation pour traumatisme on ne peut décoller une manchette régulière de périoste.

S'il s'agit d'une amputation pathologique comme c'était le cas pour la pièce de M. Nicaise, on ne peut non plus enlever le

périoste complètement, on le décolle sur quelques points seulement et la pièce nous démontrait qu'il n'y avait qu'un peu de périoste décollé et quelques grains d'ossification.

Je suis sceptique sur les résultats obtenus par M. Houzé de l'Aulnoit avec le lambeau périostique, je voudrais les vérifier sur une pièce anatomique.

Quant au processus de réparation, il est toujours le même, la moelle après la section bourgeonne et en conservant le périoste on a aussi un bourgeon saillant.

Chez le malade de M. Nicaise, il y avait un petit point d'ossification par bourgeonnement de la moelle.

Je le répète, il faut se garder de l'enthousiasme et avec M. Ollier je rejette l'amputation sous-périostée.

M. Nicaise. Je ferai remarquer que M. Ollier d'abord (1859) partisan en principe de la conservation du périoste dans les amputations, rejette à peu près les amputations sous-périostées dans son traité de 1867; il ne les admet guère que pour le tibia.

Je répondrai à M. Desprès qu'il s'exagère les difficultés du décollement du périoste, et qu'il analyse inexactement les communications qui ont été faites; ce n'est pas un ou deux faits qui ont été publiés: leur nombre est plus considérable, je vous ai communiqué six amputations, auxquelles il serait facile d'en ajouter d'autres, les observations de M. Poncet, celles de Symvoulidès. De plus M. Desprès dit qu'il voudrait une pièce pathologique pour juger de la valeur du procédé. Malheureusement un de mes six amputés est mort et la pièce que demande M. Desprès je l'ai présentée à la société.

Quoique le malade fût mort le 29e jour après l'opération, on voyait nettement les conséquences de la conservation du périoste. La plaie s'étant réunie par première intention, on constate que le canal médullaire est complètement oblitéré par une lamelle osseuse de nouvelle formation qui est constituée non par quelques grains d'ossification, mais par une couche continue et d'une épaisseur de 2 à 3 millimètres. De plus elle est exactement de niveau avec la section de l'os et il n'y a eu aucun bourgonnement de la moelle. C'est une ossification sur place de la surface de section de la moelle. Autour de la section de l'os se trouve le périoste adhérent, épaissi, infiltré de granulations calcaires.

J'ajouterai que Tizzoni, par les expériences qu'il a faites sur les animaux, a démontré l'utilité de la conservation du périoste et parmi les pièces qu'il a obtenues il en est qui sont identiques à celle que je vous ai présentée.

M. Poncet. Je répète que le décollement du périoste peut se faire

égalementavec facilité dans le cas d'amputation traumatique; mon dernier opéré est un homme de 25 ans, auquel j'ai amputé l'avant-bras pour un coup de feu; le décollement du périoste fut facile.

M. Farabeuf. Le décollement du périoste ne présente pas les difficultés que l'on indique; on peut le détacher facilement de tous les os, et chez l'adulte et chez le vieillard. En ce moment je fais des recherches sur ce point, j'étudie le détachement du périoste au niveau des épiphyses et au-dessus d'elleset j'arrive à cette conclusion que partout où le périoste existe on peut le détacher.

Est-il très avantageux, est-il nécessaire de le conserver dans les amputations du fémur, de l'humérus où l'os peut être recouvert par une épaisse couche de chairs? On reproche aux amputations sous-périostées d'amener la nécrose de l'os, mais celle-ci se montrait déjà fréquemment avant ces tentatives, tellement qu'en 1870 Sédillot proposait de faire les amputations en laissant un long bout d'os que l'on enlèverait après la délimitation de la nécrose. La cause de celle-ci pourrait être trouvée dans le coup dit de Bayle, qui détache les muscles de l'os au-dessus du trait de scie.

On a dit aussi que le périoste amenait la formation d'ostéophytes, ceci s'observe surtout quand les plaies s'enflamment, mais cette complication ne se voit plus guère aujourd'hui, depuis l'emploi des méthodes antiseptiques.

Dans les segments de membre où l'os est sous la peau, au tibia par exemple, il est utile de conserver le périoste. Celui-ci est épais, solide, il double la peau et prévient sa perforation par l'os. On doit conserver le périoste sur tout le pourtour de l'os, en faisant une ou deux incisions si c'est nécessaire.

Les remarques de M. Ollier ne portent pas d'ailleurs sur ces faits, il s'occupe surtout dans sa communication des désarticulations sous-périostées dont il recommande l'emploi. Par ce moyen on évite de blesser les chairs, les vaisseaux, c'est un retour au principe posé par Ravaton en 1743.

M. Trélat. M. Farabeuf vient d'insister avec sa compétence spéciale sur la valeur de l'amputation sous-périostée, associant dans son esprit la conservation du périoste et les pansements antiseptiques.

Que se passe-t-il si l'on veut relever le périoste sur le fémur, par exemple? Voici ce que je fais, d'abord une section circulaire sur le périoste, puis avec un grattoir je le refoule, les premiers coups sont irréguliers, puis quand le périoste est un peu décollé et qu'on peut le soulever en tirant sur le lambeau, la manchette devient régulière.

Si nous supposons un fémur de 25 millimètres de diamètre, par exemple, pour avoir un manchon mobile, il faut conserver 3 centimètres de périoste. Dans le premier centimètre, la membrane est irrégulière, dans le second elle est plus complète, dans le troisième, elle est intacte et cela est suffisant.

M. Nicaise a dit qu'il n'y avait pas de bourgeonnement de la moelle, c'est vrai, et il est d'accord avec des recherches très intéressantes faites en ce moment par deux jeunes expérimentateurs MM. Vignal et Rigal sur la formation du cal. Ils ont vu que, si dans une fracture le périoste est conservé, si les fragments sont en rapport bout à bout, sans chevauchement, il se forme un cal sous-périosté et pas de cal médullaire; il n'y a pas de bourgeonnement de la moelle.

Quand, dans les amputations par la conservation du périoste et les pansements antiseptiques nous obtenons la réunion primitive, il n'y a pas de bourgeonnement, de champignon médullaire. Celui-ci est le fait de la myélite qui amène une exubérance de tissu, et plus tard se fait la sécrétion du blastème ostéogénique, lorsque la surface du champignon adhère au lambeau.

En dehors de l'inflammation, il n'y a pas nécrose de l'os, ni formation d'aiguilles osseuses, comme le dit M. Ollier dans son travail.

En résumé, quand on se place dans les conditions nécessaires pour obtenir l'accolement du périoste sur l'os, il n'y a pas de bourgeonnement.

M. Nicaise. Je demande à ajouter quelques mots pour comparer ce qui se passe du côté de la section de l'os, dans le cas de réunion par première intention, selon que l'on a ou non conservé le périoste.

J'ai eu l'occasion, depuis ma communication, de faire l'autopsie d'un malade auquel M. Polaillon avait pratiqué une amputation intra-malléolaire de la jambe droite, en octobre 1880; il y eut réunion par première intention, la surface de section de l'os était recouverte par le tissu cellulaire du lambeau ; à la coupe de l'os, j'ai constaté que les alvéoles du tissu spongieux existaient encore au niveau de la section et n'étaient pas fermés par une lamelle osseuse, près de 18 mois après l'opération. Ceci s'observait sur le tibia et le péroné.

Sur ma pièce, au contraire, 29 jours après l'opération, le canal médullaire du fémur était fermé par une lamelle osseuse. Dans les deux cas, il y eut réunion par première intention; dans le premier, l'os s'unit au tissu cellulaire, dans le second au périoste. Il est donc permis de penser que c'est à la présence du périoste qu'est due

l'oblitération rapide du canal médullaire par une lamelle osseuse.

M. Polaillon. Faisant chez mon malade une amputation intra-malléolaire, qui me donnait une large surface de section, je n'ai pu conserver le périoste. Il y a eu réunion immédiate de l'os et du tissu cellulaire.

M. Farabeuf. Verduin a déjà remarqué cette union immédiate de l'os avec les parties molles du lambeau ; il est étonnant, dit-il, de voir combien cette chair musculaire s'attache sitôt et si ferme à l'os.

Rapport

Sur *une observation de tumeur de l'orbite* lue par M. le Dr Peyrot,

Par M. Terrier.

Messieurs,

M. le Dr Peyrot, chirurgien des hôpitaux, vous a lu, il y a quelques semaines, une *note sur un angiome fibreux développé dans la loge musculaire de l'œil droit et qui finit par entraîner la disparition complète de cet organe.*

Je fus chargé de faire un rapport oral sur cette observation ; la singularité du fait m'engagea à l'étudier plus complètement.

Il s'agit d'une fille de 23 ans, robuste, ayant déjà subi vers l'âge de dix ans l'ablation d'une tumeur grosse comme la pulpe du petit doigt et placée sur la partie moyenne et droite du nez. Cette tumeur rouge, siège de démangeaisons et qui se recouvrait de croûtes, fut détruite par les caustiques. Peu après cette opération, et à la suite d'accidents convulsifs et thoraciques, l'œil droit commença à grossir.

L'accroissement de volume du globe fut lent, il s'y ajouta de l'exophtalmie; toujours est-il qu'après 6 à 7 ans, l'œil avait conservé en partie son aspect et ses fonctions. Ce fut alors que survinrent des accidents, l'œil rougit et la vue se perdit.

Comme on le voit, ces commémoratifs sont un peu vagues, en ce sens qu'il est difficile de déterminer s'il y avait véritablement augmentation de volume du globe oculaire, ou simplement exophtalmie.

Lorsque M. Peyrot reçut la malade à l'Hôtel-Dieu, le 13 septembre 1881, voici ce qu'il put constater :

L'orbite du côté droit contient un corps volumineux (œil ou tumeur), qui emplit sa cavité et même en refoule les parois dans tous les sens. En effet, le bord orbitaire du frontal est relevé en

haut et rejeté en dehors ainsi que la partie correspondante de l'os malaire.

La paupière supérieure, très développée, recouvre au moins les 4/5 de la tumeur ; elle est bleuâtre, sillonnée de vaisseaux veineux, parsemée de points saillants dus à l'augmentation de volume des glandes cutanées ?

La paupière inférieure est refoulée en bas. Entre les paupières, dont l'écartement est de 1 à 2 millimètres on constate l'existence d'une membrane conjonctivale rouge jaunâtre, un peu œdématiée et offrant quelques reflets noirs.

Il n'y a pas de traces de la cornée, ni de la sclérotique. Si la malade porte le regard dans diverses directions, on voit et on sent la tumeur se mouvoir sous les paupières.

Cette tumeur est arrondie, un peu bosselée, en général molle, offrant quelques duretés par places. Vers la partie interne de la masse morbide, on sent deux cordes tendineuses qui sont surtout appréciables quand la tumeur se meut. Le tendon le plus nettement délimité semble appartenir au muscle grand oblique ?

Depuis 6 mois seulement, la tumeur est devenue douloureuse ; les douleurs apparaissent la nuit surtout et sont lancinantes. La pression exercée sur la néoformation, n'est perçue douloureusement que dans sa partie supéro-interne.

Le diagnostic porté fut : *tumeur développée dans ou au voisinage de l'œil droit, bénigne, d'espèce probablement très rare, peut-être fibrome ou myome.*

L'opération fut pratiquée le 3 octobre 1881 : Une incision demi-circulaire ayant détaché du pourtour de l'orbite toute la moitié externe du revêtement palpébral de la tumeur, celle-ci fut assez facilement isolée. On eut à sectionner de solides tractus fibro-tendineux, qui s'inséraient sur la tumeur et qui, évidemment, appartenaient aux muscles de l'œil. Elle fut détachée du fond de l'orbite par un coup de ciseaux courbes. »

Un tube à drainage fut placé dans l'orbite et l'incision fut suturée avec des fils d'argent. Pansement de Lister.

Après une suppuration assez persistante et un érysipèle, la malade guérit.

L'examen de la tumeur fut fait avec soin. Voici ce qu'en dit M. le docteur Peyrot : Elle se présentait sous la forme d'un corps arrondi, à surface irrégulière, recouverte de tissu cellulaire lâche. La masse enlevée ressemblait assez bien à une pomme de terre, mesurant 6 centimètres de long sur 4 à 5 d'épaisseur. Une coupe médiane antéro-postérieure offrait un aspect homogène ; il était impossible de distinguer une partie enveloppante et une partie enveloppée. De suite, M. Peyrot nota l'apparence fibreuse et fas-

ciculée du tissu morbide et l'existence de lacunes très apparentes et irrégulièrement disséminées dans la tumeur.

L'examen histologique fut confié à notre collègue M. le Dr Poncet ; celui-ci y rechercha en vain des traces des sinus constituant le globe oculaire disparu et conclut en faveur d'un *fibrome caverneux et mélanique*, s'étant en quelque sorte substitué au globe oculaire.

M. le Dr Peyrot n'accepte pas ce diagnostic anatomique et s'appuyant sur l'existence des nombreux sinus veineux qui sillonnent la tumeur, il penche vers un *angiome* devenu fibreux. De plus, la pigmentation de la tumeur serait purement hématique, car l'acide sulfurique dissout ce pigment.

Ainsi, ajoute M. Peyrot, se trouve établi le lien de parenté entre la première tumeur du nez et celle de l'orbite. Dans les deux cas on aurait eu affaire à des angiomes, peut-être même à une seule tumeur, à la fois superficielle dans sa portion nasale, et profonde dans sa partie orbitaire. Toujours est-il, que cette dernière production aurait entraîné la disparition totale du globe oculaire, fait absolument étrange surtout dans l'hypothèse d'une tumeur extra-oculaire, adoptée par M. Peyrot.

Nous avouons ne pas partager les idées de notre distingué confrère, sur le mode de développement et la nature de la tumeur qu'il a enlevée.

Et, tout d'abord, les commémoratifs qui ont été recueillis sont tellement vagues, tellement peu explicites, qu'il nous semble impossible d'avoir une opinion sur la nature de la néoformation nasale détruite par un caustique.

Passant à la tumeur orbitaire, il est difficile, en lisant l'observation de M. Peyrot, de savoir si celle-ci était formée au début par un accroissement de volume du globe, ou bien si à ce dernier s'ajoutait une tumeur déterminant de l'exophtalmie. N'y avait-il pas à la fois hydrophtalmie et exophtalmie?

Ces questions sont capitales, elles n'ont pu être résolues, probablement par suite de l'insuffisance intellectuelle de la malade, mais leur importance n'en subsiste pas moins. Notons cependant que la persistance de la vision pendant 6 ou 7 ans plaiderait en faveur d'une tumeur extra-oculaire repoussant plus ou moins la tumeur hors de l'orbite.

Comment la vision a-t-elle disparu? L'œil a-t-il persisté après que la vue a été perdue? Ce sont encore des questions non résolues dans l'histoire des commémoratifs.

Lorsque M. le Dr Peyrot voit la malade, il constate au lieu et place du globe, une tumeur volumineuse, qui a même fait éclater les parois orbitaires à leur base. Cette tumeur est recouverte par

la conjonctive ; de plus, elle est mobile, comme le serait un globe oculaire plus ou moins altéré, c'est-à-dire sous l'influence de la volonté et elle exécute des mouvements avec l'œil sain. Non seulement elle est mobile, mais c'est qu'à sa surface l'auteur sent les cordes des tendons qui la meuvent ; de plus, lors de l'opération, il lui faut sectionner de solides tractus fibro-tendineux, s'insérant sur la tumeur, et qui, dit M. Peyrot, appartenaient évidemment aux muscles de l'œil.

A tous ces renseignements que j'emprunte textuellement à la relation trop écourtée de M. Peyrot, il faut en ajouter d'autres que j'ai pu recueillir depuis, à la suite des observations de M. Poncet. La malade restée en observation dans le service du professeur Panas, aurait présenté des phénomènes d'ophtalmie sympathique ; on aurait été à la recherche de l'œil disparu, l'on aurait trouvé les vestiges de celui-ci, qui aurait été enlevé. Toujours est-il que le fait insolite de la disparition complète de l'œil ne peut plus être accepté comme l'avait cru le docteur Peyrot. Quant au siège de la tumeur, il est plus difficile à préciser, en ce sens qu'intra-oculaire elle eût fait éclater l'œil et on n'en aurait pas trouvé les vestiges sur le côté de la tumeur enlevée, avec son nerf optique encore intact.

Reste donc l'hypothèse d'une tumeur extra-oculaire, mais celle-ci devait être placée entre le globe et la capsule de Tenon, car la tumeur était mobile, présentait des mouvements associés, enfin, les tendons des muscles semblaient la pénétrer et s'y insérer.

Quant à la nature primitive de la tumeur, elle me paraît assez difficile à préciser. Était-ce un fibrome, était-ce un angiome ? Avec M. Poncet, nous croyons plutôt à un fibrome.

Ici encore, nous nous appuyons sur le fait palpable, évitant la théorie de la transformation d'un angiome en fibrome, théorie d'ailleurs très acceptable, étant donné les connaissances histologiques actuelles.

Telles sont, Messieurs, les quelques réflections qui m'ont été suggérées par la très intéressante observation du Dr Peyrot.

J'ai l'honneur de vous proposer d'adresser des remerciements à l'auteur, et de déposer son travail aux Archives.

Discussion.

M. Poncet. Je dirai que, dans ces derniers jours, M. Panas a trouvé dans l'angle interne de l'orbite, des vestiges du globe de l'œil. Ce fait me confirme dans l'opinion que j'avais, que la tumeur fibreuse était extra-oculaire.

Quant à sa nature, qu'on l'appelle angiome fibreux ou fibrome

caverneux, ce sont des termes équivalents. La malade porte des traces de tumeur érectile sur la face, il est possible que la tumeur de l'orbite soit une tumeur érectile transformée en fibrome ; j'ai observé cette transformation sur une petite fille à laquelle j'ai enlevé un angiome renfermant des parties fibreuses.

Le diagnostic de tumeur mélanique que j'avais émis dès l'abord doit être modifié, car le pigment était soluble dans l'acide sulfurique, c'est-à-dire qu'il provenait d'hémorragie.

En résumé, je considère la tumeur comme étant un fibrome orbitaire extra-oculaire, imprégné de sang.

M. Terrier. En outre des renseignements nouveaux qu'il a donnés sur la malade, M. Poncet a insisté sur les phénomènes cliniques et anatomiques.

Que la tumeur se substitue ou non au globe, cela est sans importance.

Au point de vue histologique, M. Poncet dit qu'il s'agit d'une tumeur fibreuse, caverneuse et pigmentée, M. Peyrot, d'une tumeur caverneuse et fibreuse, c'est la même chose.

La présence de nœvi sur la figure ne prouve pas que la tumeur de l'orbite soit un angiome caverneux. Ceux-ci sont rares et s'observent surtout au niveau des fentes branchiales.

Je maintiens donc mon diagnostic de tumeur fibreuse vasculaire anormale.

M. Chauvel. Je remarque que dans l'examen anatomique n'est pas question du nerf optique.

M. Poncet. Plusieurs raisons plaident encore en faveur de l'idée qu'il s'agit d'une tumeur fibreuse développée en dehors de l'œil. Je ne crois pas que l'œil puisse disparaître complètement, il y a des membranes indestructibles, qu'on retrouve dans les gliômes soit ossifiés, soit en débris. Ici on n'a aucune trace des membranes, la tumeur est exclusivement fibreuse.

De plus, la tumeur ne renfermait pas de pigment choroïdien, mais du pigment hématique.

Enfin on trouve dans l'angle interne de l'orbite un moignon oculaire.

La mobilité de la tumeur n'est pas nettement démontrée. C'est donc un fibrome caverneux extra-orbitaire.

Les conclusions du rapport de M, Terrier sont mises aux voix et adoptées.

Rapport

Sur un mémoire de M. le Dr Vieusse, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Tlemcen : *Quelques remarques sur la fistule à l'anus déterminée par l'hypertrophie de la valvule de Houston,*

par M. Chauvel.

Deux faits, presque identiques à tous égards, ont servi de base au travail de M. Vieusse. L'une des observations lui est personnelle, le second malade a été traité dans le service du médecin en chef de l'hôpital de Tlemcen. Sans dysenterie, sans syphilis antérieures, sans cause occasionnelle évidente et presque sans douleurs, deux hommes vigoureux contractent un écoulement purulent peu abondant, se faisant au voisinage de l'anus. L'examen montre que le pus s'échappe par un pertuis distant de 5 centimètres de l'orifice anal et latéralement situé. Un stylet pénètre dans le trajet fistuleux d'une assez grande profondeur, 7 à 8 centimètres chez l'un des patients ; mais il ne peut être senti par le doigt introduit dans le rectum. Cependant les fistules sont complètes, car elles donnent passage à des matières stercorales chez le malade de M. Krug-Basse, et chez celui de M. Vieusse, le lait injecté dans le trajet revient par le rectum.

Le toucher fait reconnaître, à 3 centimètres au-dessus de l'anus, un repli très dur, large de 2 centimètres, épais de près de 1 centimètre à sa base, repli qui forme avec la paroi postérieure du rectum une sorte de nid de pigeon. Au-dessus de cette valvule, le doigt plonge dans l'ampoule rectale. Chez les deux malades, la section de ce repli valvulaire, amène la guérison de la fistule dans l'espace de dix et quatorze jours.

Tels sont, en résumé les faits intéressants observés par notre confrère. Il les fait suivre de quelques réflexions, tant sur l'étiologie de ces fistules que sur le mode de traitement qu'il convient d'adopter dans les cas de ce genre, la simple section de la valvule hypertrophiée.

Notre collègue M. Tillaux est peut-être le seul chirurgien, qui ait nettement rapporté l'origine de certaines fistules recto-anales, à l'hypertrophie morbide de la valvule de Honston. Chassaignac (article *anus*, Dictionn. encyclop. des sciences médicales. 1re série, t. V), Allingham (*Maladies du rectum*, trad. française 1877), Daniel Mollière (*Maladies du rectum et de l'anus*, 1877) ; parmi les auteurs les plus récents, ne font pas mention de ce mode pathogénique. Les quelques recherches auxquelles nous nous sommes livré, ne nous ont fait rencontrer aucune observation

semblable à celle que notre collègue a insérée dans son anatomie topographique (Tillaux, *Anatomie topographique*, 1re édition, 1879, p. 1012). Son livre est dans toutes les mains. Il semble donc que cette variété de fistule doit être rare, si l'on ne veut admettre que le petit nombre des faits publiés tient à l'insuffisance des explorations et au manque de recherches précises sur l'origine des fistules ano-rectales. Quoi qu'il en soit, les deux observations de M. Vieusse nous paraissent de nature à confirmer les vues étiologiques si nettement formulées par M. Tillaux.

Si la description un peu brève de la disposition des parties et notamment son siège exact, de la résistance, de l'aspect, de la structure de ce rétrécissement valvulaire, pouvait laisser quelque doute sur son origine et sa nature, le résultat heureux, si rapidement obtenu par la simple section de la bride, doit entraîner la conviction de l'esprit, sur son rôle dans le développement des accidents. Chez les deux malades de M. Vieusse, en effet, de même que dans le fait plus grave relaté par M. Tillaux, la guérison a suivi de très près la destruction de l'obstacle formé par la valvule hypertrophiée. Il a suffi à M. Krug-Basse de couper la partie la plus saillante du repli, pour qu'en dix jours le trajet fistuleux fût complètement fermé. Notre confrère se servit d'un bistouri boutonné, glissé le long de l'index gauche, et malgré toute son attention, la muqueuse anale, et quelques fibres du sphincter externe furent divisées par le talon de la lame. M. Vieusse nous dit qu'instruit par cet exemple, il préfère se servir de ciseaux mousses pour sectionner la bride accrochée avec la phalangette de l'index. La section fut des plus faciles, la vavule fut coupée complètement et aucune hémorragie ne se produisit. Suivant notre confrère, le bistouri est un mauvais instrument pour cette opération. Il serait difficile à manœuvrer, ne donnerait qu'un résultat incomplet, et exposerait à la lésion de l'anus à sa partie postérieure.

Sans vouloir défendre absolument le bistouri contre les attaques, il nous semble qu'elles sont un peu exagérées et qu'il est bien aisé d'éviter la lésion de l'anus. En cachant avec une bandelette de linge ou de sparadrap la plus grande partie de la lame et ne laissant libre que l'extrémité du tranchant; en utilisant le bistouri herniaire de Cooper ou le long instrument de Chassaignac pour la section des amygdales ; bien mieux encore, en se servant du spéculum bivalve ou du dilatateur de Nicaise. La valvule fortement tendue se laissera couper aisément, sans danger de léser les parties voisines. Pour moi, j'aime beaucoup y voir clair, et je n'hésiterais pas, le cas échéant, à dilater la partie inférieure du rectum pour rendre l'opération moins aveugle.

Il est, du reste, une particularité qui m'a vivement frappé dans les deux observations, c'est l'absence de tout écoulement de sang, après la section d'une valvule de près d'un centimètre d'épaisseur à sa base. Je trouve que nos confrères ont été des plus heureux sous ce rapport, et je crains qu'il n'en soit pas toujours ainsi. Il me paraîtrait prudent d'employer, pour diviser une bride aussi épaisse, le thermo-cautère, qui donne plus de sécurité contre l'hémorragie, et réussira certainement, si l'on a soin de tendre les parties avec le dilatateur rectal.

En terminant, je propose à la Société :

1° D'adresser des remerciements à M. le docteur Vieusse pour son intéressante communication ;

2° De déposer son mémoire dans nos archives ;

3° D'inscrire notre confrère dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Les conclusions du rapport de M. Chauvel sont mises aux voix et adoptées.

Élection.

Il est procédé à l'élection d'une commission pour l'examen des titres des candidats à la place de membre titulaire ; sont nommés MM. Tillaux, Chauvel et Marc Sée.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le secrétaire,
NICAISE.

Séance du 12 avril 1882.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris ;

2° *Bulletin de l'Académie de médecine.* — *Bulletins et mémoi-*

res de la Société de chirurgie. — Alger médical. — Lyon médical. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — Marseille médical. — Revue militaire de médecine et de chirurgie. — Journal de médecine et de chirurgie. — Revue scientifique de la France et de l'étranger.

3° *British medical. — Gazette italienne médicale lombarde. — Nouvelle gazette d'hygiène de Washington.*

4° *De la méthode ignée appliquée aux granulations du pharynx et du larynx, par le Dr Krishaber.*

M. le Président annonce à la Société que MM. Bourgeois, Ollier, Pamard et Thomas, membres correspondants nationaux, assistent à la séance.

A propos du procès-verbal.

M. Ollier. Je me félicite d'arriver en temps opportun pour prendre part à la discussion sur les *amputations sous-périostées* et donner quelques explications sur la lettre que j'ai envoyée récemment à la Société, et dont le sens ne me paraît pas avoir été bien interprété par tous ceux de nos collègues qui l'ont argumentée.

Je ne suis pas un adversaire des amputations à lambeau ou à manchette périostique, je fais seulement plus de réserves que je n'en faisais autrefois sur la valeur de cette méthode opératoire. Après l'avoir donnée comme un moyen de favoriser la réunion immédiate et d'éviter les complications inflammatoires des moignons, j'ai constaté qu'on n'obtenait pas sur l'homme des résultats aussi satisfaisants que chez les animaux, sur lesquels j'avais expérimenté, et après l'avoir régulièrement pratiquée de 1860 à 1866, j'étais arrivé en 1867 à ne lui accorder qu'une confiance très limitée pour prévenir les accidents de la cicatrisation des moignons. Mes amputations avaient été pratiquées à l'Hôtel-Dieu de Lyon; nous n'avions alors ni l'occlusion inamovible, ni le pansement de Lister, et les résultats que j'avais obtenus n'étaient guère, dans leur ensemble, différents de ceux que l'on obtenait par les procédés usuels d'amputation. J'avais cependant réussi chez plusieurs jeunes sujets à obtenir la réunion immédiate de la manchette ou du lambeau périostique à l'os, mais, dans un cas auquel je fais allusion dans ma lettre, je vis après une amputation de cuisse un peu au-dessous de la partie moyenne, ce lambeau périostique donner lieu à une production osseuse en forme d'apophyse de 3 à 4 centimètres, que je

fus obligé de réséquer plus tard, et cette circonstance ne contribua pas peu à diminuer à mes yeux les avantages que j'avais théoriquement attribués à cette méthode opératoire. Depuis lors je l'ai toujours plus ou moins employée (constamment même dans les amputations de la jambe au lieu d'élection) et je suis bien au-dessous de la vérité, en disant que j'ai fait depuis 1860 une centaine d'amputations à lambeau ou à manchette périostique. J'ai surtout eu recours au lambeau unilatéral tel que l'a préconisé plus tard M. Houzé de l'Aulnoit, tantôt à la manchette circulaire que M. Poncet de Cluny a recommandé depuis lors (1872). J'avais soin, dans toutes ces opérations, de détacher le périoste avec une rugine tranchante de manière à conserver du côté du lambeau la totalité de la couche ostéogène, et je recommandais expressément de ne jamais décoller le périoste sur ses deux faces, c'est-à-dire de le laisser en rapport avec les parties périphériques de manière à avoir une manchette ou un lambeau musculo-périostique ou cutanéo-périostique suivant les régions.

M. Trélat a recommandé de donner au lambeau une plus grande étendue que la surface osseuse à recouvrir. J'approuve sa recommandation et je vais même beaucoup plus loin que lui; car la rétractilité du périoste est telle, grâce aux nombreuses fibres élastiques qu'il contient, que 25 millimètres de périoste ne suffisent pas à recouvrir une surface osseuse de 20 millimètres. D'après mon expérience, il faut au moins pour la manchette périostique une longueur double du rayon de l'os à recouvrir, et pour un lambeau unilatéral une longueur double du diamètre de l'os. Le périoste décollé se réduit immédiatement de moitié, et si l'on veut le suturer sans tiraillement, de manière à recouvrir toute la surface osseuse, il faut dépasser de quelques millimètres les proportions que je viens d'indiquer; sans cela, on serait obligé de faire une nouvelle section de l'os.

Cette opération demande beaucoup de soin dans le décollement du périoste et dans la section de l'os, soit pour ne pas léser avec la scie le périoste décollé, soit pour ne pas le décoller au-dessus du trait de scie. Elle est facile chez les enfants et chez les adultes qu'on ampute pour des lésions inflammatoires, mais elle peut être pratiquée dans tous les cas, pourvu qu'on procède méthodiquement et lentement avec les précautions exigées pour toutes les opérations sous-périostées.

La formation du tissu osseux nouveau à la face profonde de la manchette, s'opère, selon les cas et selon l'âge des sujets, d'une manière plus ou moins sensible. Elle se traduit par un renflement de l'os, dans le cas où la manchette a été maintenue fixée contre l'os, mais elle peut donner lieu à des ossifications divergentes, irré-

gulières et plus ou moins volumineuses, si le lambeau périostique et la manchette sont restés flottants au milieu des chairs. L'ossification est là soumise aux mêmes lois que dans toutes les opérations sous-périostées et la persistance de l'irritation dans le moignon peut les exagérer, au point de faire une véritable complication.

La méthode antiseptique prévenant les inflammations consécutives du moignon, en favorisant la réunion immédiate des tissus, il y a lieu de reprendre la question sur cette nouvelle base. J'ai déjà commencé, depuis la communication de M. Nicaise, une nouvelle série d'amputations sous-périostées avec le pansement de Lister, dont je ferai connaître les résultats dès qu'ils seront appréciables, mais pour le moment je me tiens sur la réserve et je me borne à consigner les résultats généraux que j'ai obtenus depuis 1860.

Mais si j'ai moins d'enthousiasme qu'à cette époque pour les amputations dans la continuité avec manchette ou lambeau périostique, je suis de plus en plus satisfait des *désarticulations sous-périostées,* dont ma lettre du 10 mars avait pour but d'exposer le principe et de démontrer la supériorité sur les procédés classiques de désarticulation.

Aux arguments que j'ai déjà fait valoir en faveur de cette nouvelle méthode de pratiquer les désarticulations, et qui reposent sur la sécurité de l'opération, sur l'impossibilité de léser longitudinalement les nerfs et les vaisseaux, sur la circonscription du traumatisme dans les limites de la gaine périostéo-capsulaire, j'en ajouterai d'autres qui démontreront ce qu'on peut attendre de la conservation de la gaine périostique chez les jeunes sujets.

Je fais passer sous les yeux de la Société deux dessins représentant des humérus de nouvelle formation obtenus chez des animaux (chien et chat), amputés au niveau du coude, et sur lesquels j'ai enlevé simultanément la totalité de l'humérus, en conservant soigneusement la gaine périostique.

Dans ce moignon ainsi désossé, il s'est reproduit un véritable humérus, donnant insertion à des muscles puissants, quoique sensiblement atrophiés. Cet os nouveau était uni à l'omoplate par une articulation mobile, aussi au bout de quelques semaines, l'animal pouvait-il soulever le bras et s'en servir déjà pour certains usages, malgré l'absence de l'avant-bras et de la patte.

Chez le chien, l'humérus ainsi reproduit mesure huit centimètres; chez le chat, plus de trois centimètres.

A voir donc l'avantage qu'il y aurait à désarticuler ainsi l'humérus chez des enfants ou des adolescents, dans le cas où l'on ne pourrait pratiquer une résection et où l'altération des parties molles empêcherait de conserver le bras et la main.

Le résultat de la désarticulation sera tout autre au point de vue fonctionnel que celui qu'on a obtenu jusqu'ici ; au lieu d'un moignon mou et voué à une atrophie progressive, on aura un moignon soutenu par un os mobile dans la cavité glenoïde, auquel on pourra adapter un appareil prothétique. L'opéré sera alors dans les conditions d'un amputé du bras dans la continuité et non dans les conditions d'un désarticulé de l'épaule.

La rareté des amputations chez les jeunes enfants, auxquels on peut conserver les membres les plus malades au moyen de la résection ou de l'extirpation complète des os, fait que je n'ai pas encore eu l'occasion de pratiquer chez l'homme ces désarticulations du coude avec désossement du bras, mais on comprend l'indication de cette opération dans certains traumatismes, tels que le broiement de l'avant-bras avec fracture comminutive de l'humérus et intégrité relative des parties molles du bras.

Les cas dans lesquels j'ai pratiqué jusqu'ici la désarticulation sous-périostée de l'épaule se rapportaient à des adultes, que j'ai dû opérer immédiatement après l'accident et chez lesquels je n'ai pu obtenir, en raison de l'âge des sujets, de colonne osseuse de nouvelle formation dans la gaine périostique; mais, comme je le signale dans ma lettre, M. James Shuter, de Londres, a obtenu récemment, après la désarticulation sous-périostée du fémur, un os nouveau dans le moignon, mobile au niveau de la hanche, auquel il espère pouvoir appliquer, une fois la guérison achevée, un appareil prothétique analogue à ceux dont on se sert après l'amputation de la cuisse dans la continuité.

Après les amputations et les déarticulations sous-périostées du premier métacarpien et du premier métatarsien, j'ai obtenu des masses osseuses très utiles pour la préhension dans le premier cas et pour la sustentation dans le second. On sait combien les désarticulations ordinaires du premier métatarsien ont, en général, des résultats défectueux sous ce rapport. Les opérés ne peuvent s'appuyer sur ce moignon sans résistance, qui s'atrophie de plus en plus. Il en est tout autrement quand il se reforme une masse osseuse ou ostéo-fibreuse à la place du premier métatarsien; quoique le coussinet sur lequel le pied appuie normalment subisse toujours un certain degré d'atrophie, les malades marchent mieux qu'à la suite des opérations faites par les procédés usuels.

Une des régions pour lesquelles les désarticulations sous-périostées m'ont depuis longtemps rendu les plus grands services, c'est l'articulation tibio-tarsienne. Un de mes anciens internes, M. Masson, de Mirecourt, a déjà fait connaître (thèse de Montpellier, 1868) quelques observations de désarticulation tibio-tarsienne avec con-

servation du périoste calcanéen, dans lesquelles j'avais obtenu une masse de nouvelle formation à la place du calcanéum enlevé. J'ai depuis lors pratiqué fréquemment cette opération et j'ai actuellement dans mon service une jeune fille qui a un nouveau calcanéum tellement bien reconstitué dans sa moitié postérieure, qu'on dirait une opération de Pirogoff. Cette masse osseuse nouvelle placée dans l'axe de la jambe supporte dans la marche le poids du corps; elle est un peu mobile sur les os de la jambe; mais cette mobilité qui constitue une complication dans les opérations de Pirogoff, n'a pas ici grand inconvénient, grâce au soin que je prends de suturer le jambier antérieur et les tendons des extenseurs des orteils ou périoste calcanéen, et de sectionner au moment de l'opération le tendon d'Achille. Cette mobilité de l'os nouveau limitée et réglée par les muscles, est différente de la mobilité passive d'un fragment osseux qui ne s'est pas soudé.

Je n'insisterai pas davantage sur ces désarticulations sous-périostées dont je n'ai voulu exposer aujourd'hui que le principe général, mais je ferai remarquer en terminant que les ossifications de la gaine périostique de l'humérus obtenues dans les expériences dont vous avez constaté les résultats, et les ossifications du périoste calcanéen que je viens de signaler, nous prouvent que la manchette périostique pour les amputations dans la continuité peut être l'origine d'une formation osseuse exubérante.

Au fait que j'ai déjà cité pour le fémur, j'en joindrai un autre que j'ai constaté après une amputation de la jambe pratiquée il y a dix ans chez un enfant alors âgé de 12 ans. Il s'est formé après la cicatrisation de la plaie, dans la gaine périostique conservée, un large crochet irrégulier, non douloureux, il est vrai, mais qui aurait pu devenir gênant s'il avait pris une direction vicieuse.

Ce sont ces faits qui m'ont porté à faire des réserves sur la valeur de la manchette et du lambeau périostiques et qui m'ont fait dire que, pour certaines amputations, ce procédé avait presque autant d'inconvénients que d'avantages. Je ne suis pas l'adversaire des amputatians sous-périostées dans la continuité, puisque je les ai constamment préconisées et employées depuis 22 ans pour certaines régions; mais j'y attache moins d'importance qu'autrefois.

M. Trélat. Je suis heureux d'entendre M. Ollier, d'autant qu'il semblait plus l'adversaire des amputations sous-périostées qu'il ne l'est en réalité.

Déjà, dans la discussion qui eut lieu dans la Société, nous avions dit que chez l'enfant on devait craindre des ostéophytes irréguliers, tandis que chez l'adulte, le périoste était à peine suffisant pour donner un cal superficiel, en plaque; que si on a une réunion précoce, il se forme peu d'ostéophytes chez l'enfant.

Il y a une différence entre les pièces que M. Ollier a obtenues chez les animaux et les amputations véritables; dans les premières, il s'agit de très longues désarticulations sous-périostées, nous cherchons seulement un petit opercule, non une longue gaine.

En définitif, nous sommes d'accord sur la valeur du manchon périostique; utile dans certaines amputations, indispensable dans d'autres; M. Ollier reconnaît son utilité dans l'amputation du tibia.

Il y a dix-neuf ans (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1862, 2e s., t. III, p. 216), j'ai déjà insisté devant la Société sur l'importance de la conservation du périoste. Je disais : « Au point de vue opératoire, la conservation du périoste a un immense avantage que je résume en deux idées simples : sécurité absolue dans la manœuvre, diminution considérable dans l'étendue de la plaie. En effet, il est clair que si, dans une résection, votre rugine ne quitte jamais la surface propre de l'os, si le périoste vous sépare comme une barrière de toutes les parties molles, vous ne risquez jamais de toucher aucun organe autre que cet os et ce périoste que vous séparez; vous faites juste ce qu'il faut et rien que cela. Entre l'arbre et l'écorce, il n'y a pas de place. De plus, toute la cavité de la plaie, qui représente le moule osseux, est sèche, exsangue; ce n'est pas, à vrai dire, une surface traumatique, mais le périoste avec ses qualités utiles de résistance physique et vitale; il n'y a plus de plaie véritable que la trace des incisions premières, et on peut ainsi toucher le terme de l'opération sans avoir fait couler plus de quelques gouttes de sang. »

Nous nous sommes donc rencontrés sur la valeur du périoste au point de vue opératoire.

M. Desprès. Je pourrais reproduire toutes les objections que j'ai faites lors de la communication de M. Nicaise et dans la dernière séance; je répéterai seulement que si le périoste peut se décoller facilement dans le cas d'amputation pathologique, il n'en est pas de même dans l'amputation traumatique et surtout chez l'adulte; dans ces cas, il est impossible de tailler une manchette périostique, même en se servant du détache-tendon supérieur à la rugine.

M. Ollier est de mon avis, quand il s'agit des amputations traumatiques chez l'adulte.

Dans un cas de désarticulation sous-astragalienne chez un soldat de 22 ans, qui avait eu le pied abîmé par un éclat d'obus, je pus conserver le périoste du calcanéum, qui était séparé de l'os par un épanchement sanguin. Le calcanéum se reproduisit en partie, tellement qu'un médecin a pu croire que j'avais fait une amputation de Chopart.

Mais les faits de ce genre ne sont pas attribuables à la volonté du chirurgien.

A propos des désarticulations sous-périostées, je dirai que je m'explique difficilement comment cette opération peut se faire à la hanche. Là encore on se fait illusion, on laisse plus ou moins de périoste, mais on ne peut compter sur la reproduction.

M. Trélat. Nous avons répondu aux objections de M. Desprès; j'ajouterai que si, dans quelques cas, la gaine périostique n'est pas complète, il y a cependant quelque chose et quelque chose de suffisant.

Quant à la différence qui existerait entre la rugine et le détache-tendon, je ne la vois pas.

M. Berger. J'appuie ce qui a été dit par M. Desprès au sujet de la distinction à établir dans les amputations sous-périostées, selon qu'il s'agit de cas traumatiques ou de cas pathologiques. Le périoste est différent dans l'un et l'autre cas et il se détache difficilement sur un os sain, et maintes fois j'ai constaté à l'amphithéâtre combien il était difficile de le conserver; puis il se rétracte, ce qui laisse peu d'avantages à sa conservation.

M. Ollier. Nous sommes à peu près d'accord, M. Trélat et moi, sur tous les points essentiels de la question, et je suis heureux de voir qu'il comprend comme moi l'utilité de la gaine périostique dans les désarticulations. Il vient de nous citer ce qu'il avait écrit en 1862 sur la limitation du traumatisme par la gaine périostique; ce sont les mêmes arguments que je faisais valoir dès 1858, dans le premier mémoire où je voulais démontrer les avantages des résections sous-périostées, en dehors de la régénération osseuse qu'on ne pouvait pas toujours espérer.

Quant à M. Desprès, j'ai le regret de ne pouvoir partager son opinion sur l'impossibilité de détacher régulièrement une manchette de périoste. On m'opposait généralement cet argument autrefois, mais j'y ai si souvent répondu que je ne pensais pas avoir à y revenir encore.

Dans la plupart des amputations et toujours chez l'enfant et l'adolescent, il est facile de détacher une manchette périostique. Dans quelques cas pathologiques chez l'adulte, dans les ostéo-arthrites chroniques suppurées, la séparation du périoste s'opère si facilement qu'on a besoin de prendre des précautions pour ne pas le décoller plus haut qu'on ne voudrait. Dans les amputations traumatiques pratiquées quelques heures après l'accident, le périoste est en réalité mince et difficile à séparer en gaine conte-

nue, mais avec un détache-tendon bien tranchant, on en vient toujours à bout, même dans les cas les plus défavorables.

A cet égard, je rappellerai à la Société qu'en 1871, à l'époque où j'exposai les résultats que j'avais obtenus par la résection du coude, durant la guerre, plusieurs de nos collègues me firent une objection analogue et soutinrent qu'il était impossible de faire une résection sous-périostée dans les fractures en éclats produites par les nouveaux projectiles.

J'offris à la Société de démontrer la possibilité de conserver la gaine périostéo-capsulaire dans les cas qui paraissaient les plus défavorables, et dès le lendemain nous nous rendions, plusieurs de nos collègues et moi, au Val-de-Grâce, où nous fîmes, sur le cadavre, des fractures comminutives du coude avec des balles de chassepot.

Je fis voir alors qu'en saisissant successivement chaque esquille en les dépouillant de leur périoste, et en réséquant ensuite les bouts fracturés, on conservait une gaine périostéo-capsulaire, perforée sans doute en certains points par la projection et l'éclatement des esquilles, mais parfaitement reconnaissable et formant un tout continu. Notre collègue, M. Perrin, voulut bien, dans la séance suivante, vous rendre compte du résultat de ces expériences.

Je suis prêt à les refaire et me tiens à la disposition de nos collègues qui conserveraient des doutes à cet égard.

M. Desprès nous a dit encore qu'il ne comprenait pas comment on pouvait faire une désarticulation sous-périostée de la hanche.

Je lui répondrai que rien n'est si facile quand on s'est exercé à pratiquer la résection sous-périostée de cette articulation.

On pénètre sur la tête et le col du fémur par la voie que j'ai indiquée; on incise alors la capsule et le périoste du col; on luxe la tête, on la fait saillir et on dénude la diaphyse à la hauteur voulue. Une fois la tête luxée, rien n'est si facile que de dénuder le fémur jusqu'aux condyles.

La gaine périostique détachée de l'os, on sectionne les parties molles à la hauteur et dans le sens voulu, sans faire de ligature préalable et en liant les vaisseaux à mesure que le bistouri les atteint.

Rapport

Sur un travail de M. Bouilly, intitulé : *Goitre hypertrophique simple. Thyroïdectomie; médiastinite aiguë infectieuse; mort rapide*,

par M. Nepveu.

Messieurs,

Au nom d'une commission composée de MM. Marjolin, Lannelongue et Nepveu rapporteur, je viens vous rendre compte de l'observation dont M. Bouilly vous a récemment lu l'histoire.

Il s'agissait d'un cas d'extirpation de goitre hypertrophique simple, chez une jeune femme de 23 ans.

Sa tumeur qui, depuis cinq ans, était parfaitement indolente, devint douloureuse il y a six mois, s'accrut rapidement et détermina de tels accès de suffocation que la malade se décida à entrer à l'hôpital le 10 octobre 1881.

Forte et bien bâtie quoique anémique, elle portait à la partie antérieure du cou une tumeur de la grosseur d'une orange, qui latéralement s'enfonçait sous les muscles sterno-mastoïdiens, mais dont les limites inférieures semblaient peu précises. Une simple ponction avec l'aiguille Dieulafoy ne donna aucun résultat.

L'opération fut faite le 22 octobre 1881 sans le moindre incident avec tout le rigoureux appareil de la méthode antiseptique.

65 heures après, la malade mourait avec une dyspnée intense, un pouls faible, fréquent et comme ondulé, du délire et une oppression précordiale très marquée.

L'autopsie permit d'attribuer la mort à une *médiastinite phlegmoneuse aiguë et de nature infectieuse*. Parmi les viscères, les reins seuls étaient malades et présentaient les signes les plus évidents d'une néphrite interstitielle.

M. Bouilly rapproche cette forme particulière de médiastinite infectieuse de la cellulite pelvienne diffuse qui se produit parfois à la suite d'extirpation du rectum, et dont M. Bouilly nous a donné la première description dans les *Archives générales de médecine*, 1879.

En somme, cet insuccès que l'auteur nous rapporte avec détails s'explique par cette médiastinite infectieuse aiguë, sur le développement et l'issue de laquelle une néphrite interstitielle semble avoir eu une notable influence.

A l'intérêt clinique de cette intéressante observation s'ajoute la description d'une forme non encore décrite de médiastinite infectieuse aiguë.

Au nom de la Commission, je vous prie donc : 1° de remercier M. Bouilly de son intéressant travail ; 2° de vouloir l'imprimer en entier dans vos Bulletins ; 3° d'inscrire M. Bouilly à une honorable place sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

Discussion.

M. Tillaux. Dans l'observation qui fait l'objet du rapport, il est survenu de l'inflammation du médiastin ; c'est pour éviter cette complication que j'ai insisté, lors de la communication que je vous ai faite, sur la nécessité de dénuder exactement le corps thyroïde et d'ouvrir sa capsule. Si on reste en dehors d'elle, on est dans les muscles, si on déchire l'aponévrose, on est dans le tissu cellulaire.

Il faut donc dès le début de l'opération ouvrir la capsule du corps thyroïde.

Chez le malade que je vous ai présenté, le goitre s'enfonçait derrière le sternum, mais après l'opération il y avait une membrane fibreuse qui séparait le cou du médiastin ; du pus a séjourné dans ce cul-de-sac, et sans s'infiltrer.

Les conclusions du rapport de M. Nepveu sont mises aux voix et adoptées.

Goitre hypertrophique simple. — Thyroïdectomie; médiastinite aiguë infectieuse ; mort rapide,

par M. Bouilly.

C'est la relation d'un insuccès que j'apporte à la Société de chirurgie ; mais j'ai cru important de communiquer ce fait, d'abord parce que la statistique a tout à gagner de la connaissance totale des résultats, sans laquelle elle n'offre qu'un mirage trompeur et ensuite parce que les accidents qui ont amené la mort sont assez rares pour mériter une mention à part. On y retrouvera, je pense, l'influence si marquée des lésions viscérales sur le développement des accidents post-opératoires, sur leur forme, sur leur pronostic et le rôle néfaste qu'elles jouent pour déterminer l'insuccès des tentatives les mieux justifiées en apparence.

Il s'agit de l'ablation d'un goitre hypertrophique simple, suivie, dans la journée même de l'opération, de l'explosion d'accidents inflammatoires de nature infectieuse, ayant amené la mort en 48 heures.

Après une relation aussi résumée que possible de l'histoire de la

maladè et de l'opération, je demanderai la permission à la Société de m'appesantir en quelques mots sur une complication peu décrite des opérations pratiquées sur la région cervicale profonde, la médiastinite aiguë ou phlegmon diffus du médiastin antérieur que j'ai eu l'occasion d'observer deux fois.

Voici d'abord l'histoire de la malade que j'ai opérée récemment et qui fait le sujet principal de cette communication.

M. âgée de 23 ans, femme de chambre, entre le 10 octobre 1881, salle Sainte-Marie n° 17, à l'hôpital Necker, dans le service du professeur Trélat que j'avais l'honneur de suppléer pendant les vacances.

Cette jeune femme est originaire d'Aix-les-Bains, en Savoie; quoique le goitre soit assez fréquent dans son pays, elle affirme que personne dans sa famille, à sa connaissance, du moins, n'a été atteint de cette affection.

Elle-même, sauf une variole à l'âge de huit ans, a toujours joui d'une excellente santé jusqu'à sa vingtième année. A cette époque, elle vint à Paris où elle accoucha heureusement d'une petite fille aujourd'hui bien portante.

Depuis ce moment, elle se mit à tousser, s'enrhumant facilement; elle n'a jamais eu toutefois d'hémoptysie et ne présente, du reste, aucun signe de tuberculose même au début. Il y a quelques mois, elle a passé par une période d'anémie extrême, mais son état sous ce rapport s'est bien amélioré aujourd'hui. Cependant, elle est toujours très mal réglée depuis son accouchement et avec cette irrégularité de la menstruation a coïncidé l'apparition d'accidents hystériformes qui ces temps derniers ont beaucoup augmenté de fréquence et d'intensité.

Quant à la tumeur du corps thyroïde qui l'amène à l'hôpital, elle a débuté vers la fin de l'année 1876, il y a donc actuellement 5 ans environ. C'est par hasard, à cette époque, que la malade s'est aperçue de sa présence; car pendant 4 ans $^1/_2$, elle n'en a été nullement incommodée, malgré le développement lent mais progressif de la tumeur, sur lequel les époques menstruelles ne semblaient exercer aucune influence.

C'est il y a environ six mois que la malade commença à ressentir pour la première fois dans son goitre des picotements douloureux. En même temps, l'accroissement de volume devenait plus sensible et la tumeur déterminait des phénomènes de gêne et de compression très marqués. Tantôt, il semblait à la malade que « *sa tumeur lui rentrait dans le cou* » tantôt elle était en proie à de véritables accès d'oppression et de suffocation, crises qui la laissaient toujours extrêmement fatiguée.

Ces accidents se répétant de plus en plus et lui rendant tout travail presque impossible la décidèrent à entrer à l'hôpital le 10 octobre 1881.

L'état général de cette jeune femme est satisfaisant; elle est forte, bien bâtie, quoique un peu anémique,

A la partie antérieure du cou, recouvrant la trachée depuis le larynx jusqu'au sternum, il existe une tumeur ovoïde, à grosse extrémité inférieure, du volume environ d'une orange. Manifestement adhérente à la trachée dont elle suit les mouvements, cette tumeur ne semble être autre chose que le corps thyroïde hypertrophié. Ses limites sont très vagues: sur les côtés, elle plonge sous les muscles et s'enfonce latéralement; en bas, on ne peut sentir sa limite au-dessus de la partie supérieure du sternum derrière lequel elle paraît descendre; de sorte qu'il est permis de croire que le relief extérieur de la tumeur ne donne pas une idée exacte de son volume.

Quelques doutes ayant été émis sur la possibilité d'un kyste intérieur, à cause de la consistance un peu molle donnant lieu à une fausse sensation de fluctuation, une ponction exploratrice avec une fine aiguille de l'aspirateur Dieulafoy répond négativement, en ne donnant issue qu'à quelques gouttes de sang.

On n'entend aucun souffle au niveau de la tumeur, on n'y perçoit aucun battement. La circonférence du cou au point le plus saillant mesure 40 centimètres.

En dehors des accès intermittents de suffocation dont nous avons parlé plus haut, c'est principalement dans les mouvements de flexion et d'extension de la tête que la malade éprouve une gêne assez considérable; aussi, est-elle obligée de garder dans son lit une position intermédiaire et de disposer ses oreillers d'une façon spéciale; car, c'est au lit surtout qu'elle éprouve de la dyspnée. Toutes les fois qu'on explore la tumeur et qu'on y détermine une légère compression, il survient de suite un accès de suffocation, avec respiration sifflante, menace d'asphyxie et tendance à la syncope.

Il n'existe pas d'exophtalmie et l'on n'entend au cœur aucun bruit anormal, sauf peut-être un peu de souffle anémique: A l'auscultation des poumons, on distingue au niveau des deux grosses bronches un souffle rude, rapeux, dû manifestement à la compression trachéale.

Les choses arrivées à ce point réclamaient une intervention, l'augmentation croissante de la tumeur et les troubles toujours plus prononcés dont elle était la cause ne permettaient pas de temporiser.

Je ne voulus pas tenter les injections interstitielles iodées par crainte du gonflement dont chaque injection est suivie, gonflement qui n'aurait pas manqué de provoquer des accès de suffocation inquiétants; la moindre compression de la tumeur nous avait instruit à cet égard. Le volume médiocre de la production, sa nature bénigne, l'état général satisfaisant de la malade, m'engagèrent à pratiquer l'extirpation totale de la glande hypertrophiée.

L'opération fut pratiquée le 22 octobre 1881.

La malade, ayant elle-même placé les oreillers dans la position où elle respirait le plus facilement, fut endormie sans difficulté notable.

Une incision en U est pratiquée aux téguments; les branches verticales sont menées le long des bords antérieurs des sterno-mastoïdiens depuis la limite supérieure de la tumeur; la convexité rase la fourchette sternale; le lambeau est disséqué et relevé. Les muscles super-

ficiels sont incisés ou écartés et la tumeur dégagée de ses entraves antérieures vient faire hernie et saillir par sa face antérieure. Le bistouri est alors abandonné et l'on ne se sert plus que des doigts ou de la spatule.

La glande est beaucoup plus volumineuse que l'aspect extérieur et le palper pouvaient le faire prévoir : Outre deux prolongements latéraux embrassant étroitement la trachée, elle en présente un troisième inférieur et médian, plongeant derrière le sternum et contigu aux troncs veineux brachio-céphaliques.

La tumeur est petit à petit détachée de bas en haut après ligature préalable de toutes les parties résistantes ; l'adhérence à la trachée est intime et difficile à rompre ; enfin le goitre ne tient plus que par des pédicules latéraux qui sont sectionnés entre deux fortes ligatures au catgut.

L'hémostase préventive a nécessité une vingtaine de ligatures ; la quantité de sang perdu est tout à fait insignifiante ; à aucun moment de l'opération, nous n'avons été ni gênés, ni inquiétés par le sang.

La tumeur enlevée, on aperçoit la trachée saine, non défoncée et semblant avoir conservé son calibre normal ; à la partie inférieure, derrière le sternum, on voit bomber dans l'inspiration le tronc brachio-céphalique veineux.

Sutures avec fil d'argent ; deux gros drains à la partie inférieure de la plaie.

Inutile de dire que toutes les précautions listériennes avaient été minutieusement prises ; pulvérisation phéniquée, désinfection des instruments et des mains, sutures au catgut, lavage de la plaie à la solution forte.

Le pansement est clos hermétiquement ; il comprend toute la partie supérieure du tronc et la tête, ne laissant que la face à découvert.

Température axillaire au moment de l'opération = 37°,2.

Dans l'après-midi, la malade, encore sous l'influence de la quantité assez considérable de chloroforme qu'elle avait absorbée, se plaint cependant d'une sensation de gêne douloureuse, non pas au niveau de la plaie opératoire, mais plus bas derrière le sternum.

Le soir, température axillaire, 38°2.

Le lendemain, 23 octobre, cette même douleur rétro-sternale a descendu vers l'appendice xiphoïde et a beaucoup augmenté ; elle s'accompagne en outre d'un certain degré de dyspnée que l'examen des poumons et du cœur n'explique pas.

La face présente une pâleur considérable et une anxiété extrême ; la peau est chaude à 39°,2.

Le 24, tous les phénomènes de la veille se sont exagérés. L'état général est aussi mauvais que possible ; la face est pâle et inquiète ; les extrémités sont froides et un peu cyanosées. La malade accuse une sensation extrême d'angoisse et de douleur au creux de l'estomac « vous m'avez tué l'estomac », dit-elle.

Le pouls est fréquent, faible et comme ondulé ; les battements du cœur sont plus faibles et surtout beaucoup plus sourds que la veille.

La dyspnée est très intense; la respiration est presque exclusivement diaphragmatique.

Le pansement est renouvelé pour la première fois; on découvre une plaie sans aucune trace d'inflammation, dans un état des plus satisfaisants et incapable d'expliquer ces graves phénomènes généraux. On remarque cependant que les pièces du pansement de Lister dégagent, quand on les enlève, une odeur très fétide.

Injection de morphine au creux épigastrique; thé au rhum.

T. A. 38°,2.

Dans la soirée, les symptômes s'aggravent; la dyspnée s'accroît, la pâleur et le refroidissement augmentent et après une période de délire et d'agitation, la malade succombe vers 3 heures du matin, environ 65 heures après l'opération.

J'étais fixé sur les causes de la mort et j'annonçai à l'avance les lésions que nous rencontrerions à l'autopsie.

Celle-ci est pratiquée 32 heures après la mort.

Les sutures de la plaie cutanée étant coupées et le lambeau relevé, on trouve tout le champ opératoire recouvert et infiltré d'une couche de pus grisâtre et mal lié. Les paquets vasculo-nerveux latéraux du cou ne semblent pas encore avoir été atteints par la suppuration et n'ont pas d'ailleurs été mis à nu pendant l'opération.

On enlève alors le plastron sternal et dans le tissu cellulaire sous-jacent on découvre une nappe purulente très étendue. Le pus n'est pas franchement collecté; il est plutôt disposé par traînées jaunes-verdâtres descendantes; il faut noter que cette suppuration, tout en étant nettement continue avec celle du cou, semble plus abondante et plus avancée à mesure qu'on descend en arrière du sternum.

L'infiltration purulente occupe toute la partie antérieure du médiastin et englobe le péricarde. Les couches les plus superficielles du sac fibreux sont manifestement altérées et imprégnées de matière purulente; on le constate encore plus nettement à la coupe de ce sac. En l'ouvrant, on trouve son feuillet séreux légèrement congestionné et contenant plusieurs petites cuillerées de sérosité louche, purulente. Le cœur est gros, jaunâtre, très chargé de graisse.

Sur la plèvre médiastine et sur la face antéro-externe des poumons, dans les scissures interlobaires, on remarque ces mêmes traînées purulentes jaunâtres, formées d'une sorte de matière demi-concrète. Pas d'épanchement pleural; poumons fortement congestionnés, surtout en arrière.

Les autres viscères sont sains; le foie est volumineux, mais ne présente pas de dégénérescence graisseuse.

Les reins sont atteints d'une altération consistant en une fusion complète par places entre la substance corticale et la substance médullaire, lesquelles ne peuvent plus alors être distinguées l'une de l'autre. Il y a donc un degré évident de néphrite interstitielle.

Examen de la tumeur. — Cet examen a été pratiqué par M. Latteux, chef du laboratoire de clinique chirurgicale à Necker.

Le poids de la tumeur est de 145 grammes; sa consistance est réni-

tente ; revêtue de son enveloppe cellulo-fibreuse, sa coloration est rosée, cette enveloppe est sillonnée de grosses veines dilatées.

A la coupe, la tumeur apparaît gris-jaunâtre, homogène, d'aspect colloïde ; pas de kyste, pas de liquide dans son intérieur. Seulement à sa partie centrale et dans un autre point plus rapproché de la périphérie, il existe deux foyers hémorragiques interstitiels dus probablement à la ponction faite le 15 octobre.

Histologiquement, elle est constituée par l'hypertrophie simple et la prolifération des vésicules de la glande, sans prédominance d'aucun élément normal ou pathologique. Ce sont, au milieu d'une *trame celluleuse*, des *vésicules closes*, sphériques ou oblongues, de 80 à 100 μ de diamètre environ, formées d'une membrane hyaline revêtue intérieurement de plusieurs couches de *cellules épithéliales* polygonales, finement grenues ; au centre, ces vésicules contiennent une substance colloïde albumineuse.

Je demande à revenir en quelques mots sur les accidents particuliers qui ont amené la mort de cette malade.

Elle a succombé environ 60 heures seulement après l'opération à une *médiastinite aiguë*, à un véritable *phlegmon diffus* du médiastin antérieur, avec pericardite purulente consécutive.

Cette complication des plaies profondes du cou, mentionnée dans tous nos auteurs classiques, n'a pas été décrite, que je sache, avec la forme que j'ai observée et que je viens signaler ici. Ce serait donc faire une énumération stérile que de citer à la suite les titres des ouvrages où cette affection n'est pas décrite.

Dans un mémoire spécial (*Essai pratique sur les affections du médiastin*, Montpellier médical 1871, t. 26-27), M. Daudé ne rapporte pas de faits comparables aux nôtres ; il signale seulement la possibilité de la propagation, par voie de voisinage, d'inflammation spécifique des parties environnantes, et il cite à l'appui deux faits empruntés à M. Gintrac dans lesquels un érysipèle du thorax s'accompagna d'une infiltration séro-purulente du médiastin antérieur.

Le professeur Duplay, dans un excellent article sur les abcès du médiastin (*Traité élémentaire de pathologie externe*, t. V p. 542), se borne à rappeler que les abcès profonds du cou, les abcès rétro-pharyngiens, viennent fuser parfois jusque dans l'intérieur de la poitrine. Il décrit surtout les abcès symptomatiques d'une ostéite, d'une carie, d'une nécrose du sternum ou des côtes.

La complication actuelle présente des causes, des allures et une pathogénie tout à fait différentes de celles de ces abcès.

Elle débute brusquement, brutalement, après une opération pratiquée dans la région cervicale profonde ; la première fois que je l'observai, elle succédait à l'ablation d'une tumeur maligne siégeant

à droite dans les ganglions carotidiens, comprimant le larynx et la trachée déviés à gauche, ayant envahi les gros vaisseaux de la région, au point que je dus réséquer une portion de la jugulaire interne et abandonner des prolongements de la tumeur qui adhéraient intimement à la bifurcation de la carotide primitive. L'opération avait été faite avec toutes les précautions de l'antisepsie. Le soir même, comme dans le cas actuel, la fièvre s'allumait, les phénomènes généraux les plus inquiétants paraissaient, et la malade succombait au bout de deux jours, avec des troubles si marqués de la respiration et de la circulation que ma première pensée fût que le pneumogastrique avait été intéressé dans l'opération. Il n'en était rien; je constatai à l'autopsie les mêmes lésions que j'ai signalées plus haut; — une infiltration purulente diffuse, jaune-verdâtre, partant de la plaie et s'étendant par traînées dans le tissu cellulaire du médiastin antérieur, jusqu'au devant de plèvres et du péricarde enflammés par voisinage. L'aspect symptomatique avait été si frappant que je pus le reconnaître de suite après ma dernière opération, et annoncer cette fatale complication.

Ce début brusque, très rapproché de l'opération, se manifeste par une élévation rapide de la température et par une douleur vive siégeant derrière le sternum. La douleur peut s'étendre en bas et être accusée au niveau de l'appendice xiphoïde. Elle est très intense et s'exagère par les mouvements respiratoires; les malades respirent *à petits coups*, pour ainsi dire, et la respiration est exclusivement diaphragmatique. L'auscultation ne rend pas compte de cette dyspnée à laquelle se joint bientôt un désordre marqué de la circulation. Le pouls est fréquent, petit et ondulé, trahissant les battements avortés du cœur. Ceux-ci sont sourds, mal frappés : chez ma première malade, ils étaient irréguliers.

En même temps et en quelques heures, il se fait une dépression extrême des forces; la face devient pâle et plombée comme dans les intoxications septicémiques aiguës; l'angoisse est extrême, les deux malades avaient la conscience du danger mortel qu'elles couraient. Les troubles de la respiration et de la circulation s'accroissent, et la mort arrive dans une période d'agitation et de délire avec abaissement marqué et progressif de la température (36° 6 quelques heures avant la mort).

Il ne m'a pas été difficile de rapprocher ces accidents de ceux que j'ai signalés autre part (*Archives générales de médecine*, janvier-février 1879), après les opérations pratiquées sur le rectum, cellulite pelvienne diffuse ou phlegmon diffus sous-péritonéal.

Cette complication trouve dans des régions différentes la même disposition anatomique, un tissu cellulaire abondant, en communi-

cation continue avec des régions voisines, à mailles faciles à pénétrer, en rapport intime avec les séreuses pleurale et péricardique, et partant avec les organes sous-jacents. Comme dans le bassin, la lésion s'étend librement dans tous les sens; partie de la base du cou, elle peut envahir tout le tissu cellulaire intra-thoracique.

Mais c'est moins par son étendue que par sa malignité que cette affection fait périr les opérés : elle présente au plus haut degré les caractères de la septicémie aiguë, qui tue, pour ainsi dire, dès qu'elle frappe; elle appartient à cette variété, genre d'œdème aigu purulent ou de phlegmon diffus, dans laquelle la septicité l'emporte sur tous les autres éléments de l'inflammation.

Mais, tandis que dans les opérations sur le rectum, elle pouvait trouver son point de départ dans une inflammation plus ou moins ancienne, suppurative ou non des tissus périrectaux, dans une rétention ou une inoculation de produits septiques préexistants à l'acte opératoire, ici, rien de pareil ne peut être invoqué. Les tissus intéressés *sont sains* au moment de l'opération, sans aucune tare apparente, et il faut chercher aux accidents une autre origine.

Ne peut-on admettre ici, comme pour certains grands traumatismes accidentels, que le traumatisme opératoire crée chez certains sujets et de toutes pièces, cette tendance fatale aux inflammations septiques diffuses?

Ma première opérée était une femme de 40 ans, véritable virago adonnée depuis longtemps aux boissons alcooliques et n'en faisant pas mystère, qui consolait et adoucissait ses derniers moments en fumant de nombreuses cigarettes et chez laquelle l'autopsie nous décelait une stéatose avancée des grands viscères splanchniques.

La seconde malade ne nous présentait aucun symptôme prémonitoire qui pût faire craindre de pareils accidents; sa pâleur, sa nutrition un peu languissante pourraient être mises sur le compte de l'anémie et du goitre qui la gênait depuis longtemps déjà; faut-il accuser la néphrite interstitielle que l'autopsie nous a révélée?

Quoiqu'il en soit, j'ai cru bon de signaler ces faits et de m'appesantir sur cette terrible complication, dont la responsabilité doit peser plus lourdement sur l'état antérieur des opérés que sur l'opération elle-même.

Communications.

Épithéliome lingual enlevé de bonne heure. — Récidive du côté opposé. — Effets d'un érysipèle,

Par M. Pamard.

Au mois d'août 1880, j'ai été consulté par M. L... pour une tumeur linguale siégeant sur la moitié droite, un peu en arrière de la pointe; il y a une ulcération qui repose sur une portion indurée peu volumineuse et bien limitée. Comme le malade avait dans ses antécédents un chancre induré, et qu'il porte encore des plaques de psoriasis palmaire, je lui conseille de tenter un traitement spécifique; celui-ci a une influence des plus salutaires sur les phénomènes cutanés, mais ne modifie en rien la tumeur linguale, qui semble au contraire légèrement augmentée.

Le malade, qui est instruit, se décide facilement à l'intervention chirurgicale; et, à la fin du mois d'octobre, je procède à l'ablation au moyen du thermo-cautère, après avoir préalablement donné le chloroforme, jusqu'à anesthésie complète. Je tranchai largement, et bien au delà de la portion altérée; l'opération ne présenta rien de particulier à noter, non plus que les suites qui furent des plus simples. Il y eut pourtant le huitième jour une hémorragie artérielle, qui nécessita une ligature dans la plaie. La cicatrisation marcha rapidement et fut bientôt complète; le malade avait retrouvé son appétit et sa gaîté; je me félicitais d'être intervenu hâtivement, car il n'y avait plus trace du mal, ni du côté de la langue, ni dans les ganglions de la région, qui n'avaient jamais présenté ni engorgement, ni induration. Ma satisfaction devait durer trois mois : au commencement de février, M. L... vint de nouveau me consulter; il présentait du côté opposé, c'est-à-dire à gauche, un engorgement des ganglions sous-maxillaires; celui-ci parut se dissiper sous l'influence du traitement spécifique, pour se localiser dans la glande sous-maxillaire, où il demeura définitivement fixé.

D'après mes conseils, M. L... vint à Paris consulter; il vit successivement M. le professeur Verneuil, qui l'engagea à se faire opérer, et au plus tôt; et d'autres qui furent moins affirmatifs. Il préféra suivre l'avis de ces derniers; son entourage l'y poussait beaucoup; et moi-même, en face d'une récidive aussi rapide du côté opposé où siégeait la tumeur primitive, sachant que la mère du malade était morte d'un carcinome utérin, je n'insistais que faiblement pour l'opération que je prévoyais devoir être suivie d'une inévitable récidive.

La tumeur augmenta rapidement de volume, sans dépasser la ligne médiane et se propageant en dehors et en haut, en contournant l'angle de la mâchoire. Elle s'ulcéra dans les premiers jours d'août.

L'aggravation de l'état général avait suivi les phénomènes locaux.

Le malade pouvait à peine ouvrir la bouche pour y laisser engager

un doigt ; il ne pouvait nullement mâcher, la déglutition était très gênée, et il rendait constamment des mucosités gluantes, qui pour lui étaient une incommodité très grande.

Le 21 août, frisson violent, fièvre vive, apparition d'un érysipèle de la face, qui se propage au cuir chevelu, à la face antérieure du thorax, et pendant dix jours mit le malade en danger.

Quelle ne fut pas notre surprise, à mon confrère M. Paul Cassin qui m'assistait auprès de notre malade, et à moi, de voir, sous l'influence de cet érysipèle, disparaître presque en totalité la tumeur, qui avait au minimum le volume du poing. Quand les phénomènes généraux furent dissipés, M. L... put ouvrir la bouche, mâcher des aliments, les avaler sans peine, la salivation disparut, et il était tout à la joie, se considérant presque comme guéri.

Ce répit fut de courte durée : la tumeur réapparut au bout de quelques jours dans les points qu'elle occupait d'abord, et, de plus, nous vîmes apparaître une tumeur végétante dans la moitié gauche du plancher de la bouche.

Nous résolûmes alors de tenter d'obtenir la résorption de ces proliférations nouvelles en déterminant dans leur sein une inflammation par injection ; nous avions lu les communications de M. Bouchut sur la papaïne, et c'est à ce produit nouveau que nous donnâmes la préférence. Nous ne devions pas nous en féliciter.

Le 14, à 10 h. 1/2 du matin, nous injections au centre de la tumeur 1 centimètre cube d'une solution concentrée de papaïne.

A 11 heures, frisson violent de 25 minutes, avec cyanose et refroidissement général. La température monte rapidement à 39°,6, le pouls à 150.

A 6 heures, la température est tombée à 38°,6, le pouls à 520 ; il est petit, fuyant ; prostration générale, gémissements, respiration angoissée.

Le 15, la fièvre continue pendant toute la journée.

Le 16, apyrexie. Mortification de la lèvre inférieure de l'ulcération. Apparition de points noirâtres, d'aspect gangréneux en arrière du point où a été faite l'injection.

Jusqu'au 25, se produisent de petites escharres partielles même fort loin du lieu d'injection, à la base du cou, par exemple, sur la clavicule gauche.

En même temps, la tumeur se développe avec la plus grande rapidité ; l'alimentation devient impossible, la cachexie augmente et le malade succombe le 9 novembre.

Trois points me paraissent devoir être notés dans cette observation :

1° La récidive du côté opposé à la lésion primitive ;

2° L'influence résolutive de l'érysipèle. Une observation analogue a été citée par Nélaton, qui l'a communiquée à la Société de chirurgie. Un malade d'A. Birard, atteint d'une volumi-

neuse tumeur sous-maxillaire ayant tous les caractères d'une affection cancéreuse, vit celle-ci disparaître complètement sous l'influence d'un érysipèle de la face ; au bout de quelque temps, elle se reproduisit, et le malade succomba ; la tumeur était un encéphaloïde.

3° Les effets de l'injection de papaïne, qui agit comme toxique, et qui a paru produire la formation de plaques gangréneuses à distance.

Discussion.

M. Delens. J'ai observé un cas analogue à celui de M. Pamard. J'ai eu dans mon service une femme atteinte d'un énorme encéphaloïde du sein. A la suite d'un érysipèle la tumeur fondit en quinze jours, laissant une plaie bourgeonnante de 5 à 6 centimètres qui semblait vouloir guérir. Mais la végétation se reproduisit et la malade succomba.

M. Ollier. J'ai vu aussi des tumeurs diminuer de volume après un érysipèle, puis augmenter ensuite et cela très rapidement. J'ai observé ces particularités sur des tumeurs au sein, sur des tumeurs ganglionnaires ; j'ai constaté aussi qu'elles pouvaient être influencées par d'autres maladies fébriles que l'érysipèle.

M. Pamard. Je ne me suis pas fait illusion sur le résultat définitif, mais l'amélioration chez mon malade a été très frappante et lui se considérait comme guéri, mais la récidive est venue.

Élongation des deux nerfs optiques.

par M. Pamard.

Paul S. âgé de 44 ans est atteint d'une atrophie des deux nerfs optiques, qui est probablement d'origine syphilitique. La vue est absolument perdue du côté droit ; il y a encore perception lumineuse à gauche.

Depuis six ans le malade éprouve des vertiges, qu'il décrit de la façon suivante : « Il me semble que tout tourne, je me sens tiré en arrière, et le point de départ de tout cela est dans les yeux. » Il n'y a jamais eu de perte de connaissance.

Il éprouve, en outre, des douleurs épouvantables dans toute la tête, douleurs qui ont aussi, d'après lui, leur point de départ dans les yeux. C'est à cause de ces douleurs qu'il vient à diverses reprises réclamer l'intervention chirurgicale, disant qu'il aime mieux tout que de souffrir ainsi et qu'il est décidé à se suicider, si je ne parviens à le soulager. Je lui propose de faire l'élongation des deux nerfs optiques ; il accepte

avec reconnaissance, et je procède à l'opération le 8 septembre 1881, avec l'assistance de mon confrère M. le Dr Paul Cassin et de mon interne M. Valère. Le malade ayant été chloroformé, je suis le procédé opératoire adopté pour l'excision du nerf optique : Section du droit externe, introduction d'une soie dans le muscle, ce qui facilite la suture ultérieure; je vais ensuite à la recherche du nerf optique au moyen d'un crochet à strabisme et je l'amène jusqu'au niveau du bord orbitaire. Je suture le muscle, et j'applique un bandeau compressif.

L'opération ne présente aucun incident notable à gauche; mais à droite dans l'œil qui est déjà absolument insensible à toute perception lumineuse depuis un certain temps, le nerf optique se rompt au moment où j'exerce sur lui les tractions nécessaires pour l'amener au dehors.

Dans les deux yeux la rupture comme l'élongation fut suivie d'une dilatation considérable de la pupille, qui fut presque immédiatement suivie par une contracture, qui réduisait l'ouverture pupillaire à un point. Cette contracture dura environ vingt-quatre heures, et fut alors remplacée pas une dilatation moyenne.

Les suites furent des plus simples; le malade ne put pas garder le bandeau compressif plus de 36 heures, à cause de la sensation de chaleur insupportable qui en résultait pour lui.

Au bout de trois jours, j'enlevai les fils de la suture musculaire, et chacun s'étonnait dans son entourage de l'état de ses yeux, dont l'aspect était le même qu'avant l'opération.

Le malade avait retiré quelque bénéfice de l'intervention chirurgicale; les douleurs qui siégeaient dans les yeux avaient complètement disparu, pour se porter quelque temps après dans le sommet et la partie postérieure de la tête, en diminuant d'intensité ; l'amélioration avait porté surtout sur les vertiges.

Le 30 octobre, S. part pour la promenade vers les deux heures, ainsi qu'il en avait l'habitude tous les jours. Depuis quelques jours, il présentait une toux convulsive accompagnée d'expectoration abondante; pendant la promenade, il a deux accès de toux très violents qui l'obligent à entrer chez des amis, chez lesquels il boit un peu d'eau sucrée; il rentre chez lui, est repris par la toux, on le met au lit et il meurt une heure après dans une quinte de toux.

A mon très grand regret nous n'avons pu obtenir de faire l'autopsie.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

Nicaise.

Société d'imp. Paul Dupont, Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau. 53.4.82. — Le Gérant : G. Masson.

Seancé du 19 avril 1882.

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.



Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie. — Lyon médical. — Bulletin de thérapeutique. — Le Praticien. — Annales de gynécologie. — Journal de thérapeutique de Gubler. — Revue des sciences médicales de Hayem.*

3° *British médical. — Revue de chirurgie et d'anatomie de New-York. — La Gazette de santé militaire de Madrid.*

4° *Congrès international de laryngologie*, 1re session, Milan, 1880, adressé par M. Charles Labus, président du Congrès.

5° *L'hypermégalie et la paralysie de la luette*, par M. Ch. Labus, de Pavie.

6° *Du toucher rectal dans la coxalgie*, par M. le Dr Cazin, membre correspondant.

7° M. Houzé de l'Aulnoit, membre correspondant, offre un mémoire intitulé : *Des pansements à la période ischémique, à l'aide de l'élévation verticale du membre.*

8° *De la syphilis héréditaire,* par le Dr Ortéga, de Buenos-Ayres (rapporteur, M. Le Dentu).

9° *Cas d'ectopie du testicule au périnée*, par le Dr Baudry, de Lille (rapporteur, M. Le Dentu).

10° *De l'ophtalmie purulente provoquée comme moyen thérapeutique*, par le Dr Dianoux, de Nantes (commission : MM. Lannelongue, Le Dentu, Terrier, rapporteur).

M. le président annonce à la Société que MM. Boissarie, Dénucé, Houzé de l'Aulnoit et Ollier, membres correspondants nationaux, assistent à la séance.

A propos du procès-verbal.

M. Houzé de l'Aulnoit. Je profite du procès-verbal pour faire connaître les résultats de ma pratique des amputations sous-périostées. Depuis 1871, je les fais toutes ainsi; j'ai donc déjà un certain nombre de faits.

On a dit que chez les enfants il survenait des ostéophytes, je n'ai jamais vu de développement osseux de nature à irriter les tissus ou à empêcher l'emploi d'un appareil; cependant, j'ai revu plusieurs enfants 2 et 5 ans après l'opération.

Chez les adultes, le périoste se décolle facilement, même dans les amputations traumatiques; il est vrai que sur le cadavre ce décollement est plus difficile.

Dans mon procédé, je fais un lambeau périostique antérieur embrassant les deux tiers de la circonférence de l'os et d'une grande longueur, ainsi que le lambeau des parties molles; on n'a, pour ainsi dire, pas de surface cruentée, grâce à la présence du périoste. Jamais je n'ai vu de gangrène.

Chez le vieillard, la conservation du périoste est encore utile; il est, en effet, mince, mais on décolle dans l'atmosphère périostée et ainsi on n'intéresse pas les gros vaisseaux.

Quelquefois l'adhérence du périoste à l'os est dangereuse et peut retenir le pus dans les cas d'ostéomyélite ; j'ai vu deux faits de ce genre.

J'ajouterai que si l'on veut obtenir la réunion immédiate, il faut immobiliser les lambeaux et, pour bien maintenir le périoste, pratiquer les sutures profondes, comme le recommandent les chirurgiens de Bordeaux et M. Pozzi, ou bien se servir de bandelettes agglutinatives.

Dans les amputations des doigts, la méthode sous-périostée réussit très bien et donne un lambeau très long; la cicatrice est rejetée vers la commissure des doigts; dans le procédé classique, on la voit adhérer quelquefois à la tête des métacarpiens.

Rapport

Sur un travail de M. Reclus, intitulé : *De la réunion immédiate des tissus divisés par le thermocautère,*

Par M. Nicaise.

Au nom d'une commission composée de MM. Anger, Berger et Nicaise, rapporteur, j'ai l'honneur de vous rendre compte d'un

travail de M. Reclus, intitulé : *De la réunion immédiate des tissus divisés par le thermocautère.*

Quand on fait une incision avec le thermocautère, il y a production d'une eschare plus ou moins épaisse sur les surfaces de section ; celle-ci est considérée comme étant un obstacle à la réunion par première intention ; elle doit d'abord être éliminée pour qu'ensuite la réunion se fasse par adhésion des bourgeons charnus. Quoique cette opinion soit vraie dans la généralité des cas, quelques faits sont venus démontrer qu'elle était trop absolue, et que, même après l'emploi du thermocautère, on pouvait observer la réunion immédiate.

M. Reclus a attiré l'attention sur ce point dans un article publié dans la *Gazette hebdomadaire* (1881, p. 753). Dans le mémoire qu'il a lu devant la Société, et qui est publié ci-après, M. Reclus a relaté cinq cas de réunion immédiate à la suite de l'emploi du thermocautère, trois de ces faits lui appartiennent : un a été publié par M. Le Fort, un autre par moi ; en outre, M. Terrier, cité par M. Reclus, a vu aussi des cas semblables.

Quelle explication peut-on donner de ces faits dans lesquels des parties mortifiées par le thermocautère n'ont pas gêné la réunion immédiate?

Il faut remarquer d'abord que l'action du thermocautère et que l'eschare qu'il détermine varient avec la chaleur du cautère et avec la nature des tissus sur lesquels on agit.

Le feu, comme l'ont bien établi MM. Trélat et Monod dans l'article cautérisation du *Dictionnaire encyclopédique,* agit de trois façons sur les tissus :

Ou il les consume entièrement ;

Ou la combustion est incomplète, il y a carbonisation ;

Enfin, les tissus sont désorganisés sans être détruits, ce sont ceux qui constituent l'eschare proprement dite.

Plus la chaleur du cautère est intense, moins il y a d'eschare ; au rouge blanc, il coupe comme un bistouri, les tissus touchés sont consumés entièrement ou carbonisés ; à une chaleur moindre, il y a formation d'une eschare plus ou moins épaisse.

Celle-ci varie aussi selon la nature des tissus, c'est ce que fait remarquer M. Reclus à propos de sa deuxième observation : « Grâce à la faible résistance qu'opposent à la section le tissu cellulaire et les muscles, le contact du thermocautère est de courte durée ; quand il s'agit de la peau dont la trame est fort résistante, l'eschare doit être plus épaisse. »

Ajoutons qu'en dehors des plaies faites par le thermocautère, on observe des exemples nombreux de parties mortifiées qui n'amè-

nent pas forcément à leur suite l'inflammation, l'élimination et la suppuration.

On a vu des plaies contuses, des plaies par armes à feu, même des os, se réunir par première intention; dans la contusion, sans plaie de la peau, il y a attrition des tissus sous-cutanés, formation d'une cavité, il y a des épanchements sanguins, des parcelles mortifiées, plus ou moins considérables, quelquefois complètement détachées, et souvent sans qu'il en résulte la moindre inflammation. Il en est de même dans les fractures sous-cutanées.

Les infarctus peuvent rester au milieu des tissus, y être résorbés, sans déterminer autour d'eux d'inflammation véritable, ni de suppuration.

Dans bien des cas, les ligatures des artères à la surface des plaies d'opération, tout en amenánt des mortifications au niveau du nœud, ne gênent pas la cicatrisation par première intention; dans l'ovariotomie, on repousse dans la cavité abdominale un pédicule quelquefois volumineux, et cela sans amener de suppuration.

Quelle interprétation peut-on donner de ces faits? Pourquoi des parties mortifiées n'amènent-elles pas toujours à leur suite l'élimination et la suppuration ?

Deux causes peuvent être invoquées : la minceur de l'eschare et son état d'asepticité.

M. Reclus, ainsi que M. Le Fort, insistent sur la minceur de l'eschare : « Les anses vasculaires de formation nouvelle, dit M. Reclus, la traversent facilement. Les capillaires et les cellules embryonnaires (cellules migratrices) qui les enveloppent s'insinuent entre les éléments carbonisés, se rencontrent, s'anastomosent et la réunion immédiate est effectuée. »

Une autre condition indispensable est l'état d'asepticité de l'eschare sur lequel j'ai insisté dans un travail publié dans la *Revue de chirurgie* [1].

Si nous analysons les faits rapportés plus haut, nous voyons qu'ils peuvent être divisés en deux groupes, ceux dans lesquels les lésions, les mortifications sont sous-cutanées, et ceux dans lesquels elles sont superficielles. Dans le premier groupe, les éléments mortifiés sont à l'abri du contact de l'air et des germes; dans le second groupe, ces éléments sont au contraire exposés à ce contact, et cependant dans les faits que nous avons cités il y a eu cicatrisation par première intention; mais, dans ces faits, les parties mortifiées ont été protégées contre l'air et les germes par un pansement antiseptique, et leur surface avait été détergée par des liquides antiseptiques. Ces plaies exposées avaient été ainsi placées dans les conditions d'une plaie sous-cutanée.

[1] Nécrose aseptique et réunion immédiate, *Revue de chirurgie*, 1882, p. 43.

La mortification des éléments anatomiques et des tissus se présente donc sous deux formes.

Korteweg (d'Amsterdam) après d'autres auteurs, a établi déjà une distinction entre la mortification avec putréfaction ou gangrène et la mortification sans putréfaction ou nécrobiose.

La gangrène n'est pas seulement l'effet de l'arrêt de la nutrition, elle n'existe que quand la partie mortifiée est envahie par l'infection septique.

Sans l'infection septique, il y a nécrobiose, nécrose aseptique.

On voit donc comment peut s'expliquer la réunion immédiate après les sections faites avec le thermocautère. Celui-ci détermine la mortification d'une mince couche de tissus qui est aseptique au moment de la cautérisation, mais qui, en contact avec l'air, est exposée à la contamination des germes; *traitée* antiseptiquement et *protégée* contre les microbes, elle reste aseptique, ne subit pas l'état gangréneux, ne gêne pas le travail de réunion.

En résumé, nous croyons vraies les conclusions suivantes que pose M. Reclus à la fin de son travail :

1° Il demeure établi que les tissus divisés par le thermocautère peuvent se réunir par première intention.

2° Pour que la réunion primitive n'échoue pas, l'épaisseur de l'eschare ne doit pas dépasser certaines limites;

3° Il est non moins indispensable de préserver la plaie de toute infection septique.

Nous vous proposons donc d'adresser des remerciements à l'auteur et de publier son travail dans nos *Bulletins*.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

De la réunion immédiate des tissus divisés par le thermocautère,

par M. P. Reclus, chirurgien des hôpitaux.

On pense communément qu'après l'emploi du thermo-cautère la réunion immédiate ne peut être obtenue : Une eschare d'épaisseur variable, doit d'abord s'éliminer et ce n'est qu'après sa chute que l'adhésion des bourgeons charnus sous-jacents permettra la cicatrisation des lèvres de la plaie. Nous avons déjà publié deux faits qui démontrent le mal fondé d'une telle assertion, MM. Ter-

rier, Nicaise et LeFort nous ont fourni des cas semblables aux nôtres; nous avons, par devers nous, une observation nouvelle, et le faisceau de preuves est maintenant assez solide pour que le doute ne soit plus permis.

Pour ne pas fatiguer l'attention de la Société, nous n'allons donner qu'un résumé rapide de ces cinq observations. Dans le premier cas, pour extirper un cancer de la parotide droite et des ganglions de la région carotidienne correspondante, nous avons pratiqué, au thermocautère, une incision de dix centimètres qui, de l'apophyse mastoïde descendait le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Une seconde section perpendiculaire partait de la première, vers son milieu, passait par le point culminant du néoplasme et se terminait en arrière, après un trajet de huit centimètres.

Nous avions ainsi deux larges lambeaux dont la dissection fut assez minutieuse; la lame de platine chauffée au rouge sombre reste longtemps au contact des tissus; le muscle fut encore divisé au thermocautère ; le néoplasme, mis à nu, fut extirpé après résection, entre deux ligatures d'un tronçon de la jugulaire interne. Nous avions créé une large plaie, très déprimée à son centre, mais assez régulière; deux lambeaux cutanés, minces et flexibles s'appliquaient facilement sur les tissus profonds et en recouvraient la plus grande partie. Si, dans de semblables conditions, la réussite eût pu se faire, de combien de jours nous aurions abrégé la cicatrisation de cette vaste perte de substance!

Après un lavage des lambeaux à la solution forte d'acide phénique, et lorsque l'hémostase fut complète, nous avons exactement appliqué les deux segments de peau sur les tissus profonds qui ne urent qu'en partie recouverts par les lambeaux rétractés. Le pansement de Lister fut enlevé au bout de 48 heures; la réunion était déjà parfaite et les téguments souples, de couleur normale, faisaient corps avec les parties sous-jacentes; en aucun point, il n'existait de décollement. Quant aux tissus non recouverts, ils granulèrent activement et la cicatrisation fut rapide.

Dans cette première observation, les téguments ne furent pas affrontés l'un à l'autre; dans la deuxième, la suture des deux lèvres de la plaie fut faite et nous avons pu voir que la réunion primitive de la peau, quoique moins facile, est cependant possible. Voici le fait : Pour extirper un kyste hydatique, développé dans l'épaisseur du triceps huméral, nous divisons, au thermocautère et dans l'étendue de 8 centimètres, la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose et le muscle; les fausses membranes sont enlevées, la cavité est ruginée et transformée en une surface saignante. De petites artérioles donnent très activement, leur lumière est cautérisée par le

platine rougi; la plaie, lavée à l'acide phénique, est drainée. Sept points de suture au catgut sont placés avec l'aiguille de Reverdin à près de 1 centimètre l'un de l'autre.

Au bout de 48 heures nous trouvons, sous son premier pansement, la plaie en excellent état et nous sectionnons, peut-être trop tôt, les fils de catgut. Un nouvel appareil est mis; au quatrième jour, nous constatons que deux points de suture ont cédé, le premier et le dernier, les cinq autres ont parfaitement tenu et la réunion profonde est parfaite. Nous disons profonde, car il existe un petit sillon rougeâtre, un peu saignant et qui prouve que si les tissus mis au contact adhèrent solidement, il s'est fait néanmoins une légère mortification superficielle et l'élimination d'un mince liséré dermique. En d'autres termes, les sutures en pleine chair ont juxtaposé les muscles divisés, le tissu cellulaire et le derme proprement dit; les muscles, le tissu cellulaire, la partie profonde du derme se sont unis et non la couche la plus superficielle, celle qui correspond aux papilles.

Nous avons récemment extirpé un lipome ulcéré de l'avant-bras, Il s'agissait d'une récidive, suite d'opération sans doute incomplète et, dans la profondeur, les adhérences avec l'aponévrose étaient fort étendues; de véritables tractus fibreux pénétraient dans les cloisons intermusculaires. La dissection au thermocautère a été assez pénible; le platine n'avançait que lentement. Après un lavage phéniqué avec la solution forte, nous avons fait la suture et, comme dans le premier cas, la réunion primitive a été facilement obtenue.

Voilà nos trois faits; voici ceux de MM. Nicaise et Le Fort. En 1877, M. Le Fort enlevait une tumeur sarcomateuse du creux sus-claviculaire droit; l'opération terminée, la plaie fut lavée avec l'alcool camphré pur additionné au centième environ d'une solution concentrée de sulfate de zinc. Oubliant que l'incision de la peau de 15 centimètres au moins avait été pratiquée avec le thermocautère, M. Le Fort fit une suture métallique. « Le souvenir de la manière dont l'incision avait été faite me revint, nous dit-il, en revoyant la malade. Aussi, lorsqu'au sixième jour je levai le pansement, quelle ne fut pas ma surprise de voir la plaie dans presque toute son étendue et dans presque toute sa profondeur réunie par première intention, absolument comme si elle avait été faite avec l'instrument tranchant. »

L'observation de M. Nicaise fut publiée en 1879, dans la thèse de M. Decaye; — elle diffère un peu des précédentes; mais le résultat fut le même. Un homme a la cuisse broyée; on propose l'amputation; il la refuse; le membre mortifié est pour ainsi dire momifié par un pansement à l'acide phénique en solution concentrée;

17 jours après l'accident, le sillon d'élimination est assez profond pour permettre d'enlever toutes les parties molles qui recouvrent l'extrémité inférieure du fémur; puis on désarticule au niveau du genou. Il restait un long morceau d'os qui dépassait de beaucoup le moignon.

A la fin de janvier, plus de deux mois après l'accident, le malade avait repris des forces, aussi M. Nicaise put régulariser le moignon. « Les parties molles furent détachées de l'os avec le thermocautère; le périoste décollé et le fémur scié assez haut. Il n'y eut pas de ligatures à faire; les deux lambeaux latéraux furent simplement rapprochés au-dessous de la section de l'os avec des bandelettes de diachylon, car la cicatrisation par seconde intention paraissait inévitable. Il n'en fut rien, et, lorsque le pansement antiseptique fut levé, au bout de 48 heures, les deux lambeaux taillés avec le thermocautère étaient soudés entièrement l'un à l'autre dans la plus grande partie de leur étendue. »

Ces observations sont probantes : il est maintenant établi que les tissus divisés par le thermocautère peuvent adhérer par première intention; des chirurgiens tels que MM. Le Fort, Terrier, et Nicaise n'ont pu se tromper sur ce point et l'emploi du platine rougi n'est pas, comme on semblait le croire, une contre-indication formelle à la recherche de la réunion immédiate. Mais quelle explication pouvons-nous donner de ce fait, en apparence, si paradoxal?

Nous croyons que, dans ces cas, la couche mortifiée par le thermocautère est si mince que les anses vasculaires de formation nouvelle la traversent facilement. Les capillaires et les cellules embryonnaires qui les enveloppent s'insinuent entre les éléments carbonisés, se rencontrent, s'anastomosent et la réunion immédiate est effectuée. On ne saurait nier le rôle que joue la faible épaisseur de l'eschare : ainsi, dans notre première observation et dans le fait de M. Nicaise, l'adhésion est absolue et complète, parce que la lame nécrosée des tissus juxtaposés devait être presque nulle ; grâce à la faible résistance qu'opposent à la section le tissu cellulaire et les muscles, le contact du thermocautère fut de courte durée; dans notre deuxième cas, au contraire, et dans celui de M. Le-Fort il s'agissait de la peau dont la trame est fort résistante; l'eschare dut être plus épaisse et quelques points de suture ont manqué. Il n'est pas besoin d'insister et l'on comprend sans peine que les anses vasculaires et les cellules migratrices ne peuvent pénétrer profondément, loin de leurs rameaux originels, au milieu d'éléments sans vie et privés de sucs nutritifs.

La minceur de l'eschare n'est pas la seule condition, et pour obtenir la réunion immédiate, il est un autre facteur indispensable aussi et d'une importance au moins égale. M. Nicaise, dans le nu-

méro de janvier de la *Revue de chirurgie*, a beaucoup élargi la question et montré que ces observations de réunion primitive n'étaient qu'un cas particulier d'un fait beaucoup plus général. Ne sait-on pas que depuis l'emploi des antiseptiques les lèvres d'une plaie contuse peuvent adhérer sans suppuration! Les tissus mortifiés par une ligature ne se résorbent-ils pas dans la profondeur sans nuire aux sutures superficielles? La réduction du pédicule des ovariotomies ne nous en donne-t-elle pas une preuve quotidienne?

Korteweg et M. Nicaise assimilent avec raison ces faits aux résorptions interstitielles qui se font à la suite des fractures comminutives, dans les infactus et les attritions sous-cutanées ; les éléments nécrosés se résorbent ou s'enkystent et la cicatrisation profonde se produit. Les tissus mortifiés sont à l'abri du contact de l'air, dans un état d'asepsie complète ; ils ne réagissent pas violemment, l'inflammation est nulle ; aussi la prolifération des cellules, leur migration et leur organisation ne subissent aucune entrave; les vaisseaux s'anastomosent et la réparation est vite obtenue.

Or les pansements actuels peuvent élever contre les germes de toute espèce, autour des plaies exposées, une barrière aussi efficace que celle de la peau. Les tissus divisés, recouverts de leur mince eschare sont, grâce à ces pansements, dans une condition analogue à celle des infarctus, des esquilles osseuses et des attritions sous-cutanées. L'atmosphère est aseptique; il n'y a pas de réaction violente, pas de suppuration. La zone primitivement mortifiée par le thermocautère ou le corps contondant ou la ligature ne s'augmente plus d'une zone mortifiée nouvelle dont la gangrène serait provoquée par l'inflammation. Et voilà pourquoi, sous la ouate, avec la solution d'acide phénique, nous voyons maintenant se faire des réunions primitives dont la raison eût, autrefois, refusé d'admettre la possibilité.

Il faut lire le développement de cette idée dans le travail de Korteweg et dans l'étude de M. Nicaise. Leur opinion nous paraît indiscutable et nous admettons avec eux qu'au contact de l'air et des germes l'eschare agit comme un corps septique et détermine l'extension de la gangrène, l'élimination et la suppuration. Au contraire, avec une atmosphère aseptique, la couche mortifiée ne réagit pas ; elle se laisse traverser par les vaisseaux et se résorbe ; des cellules migratrices s'organisent et la réunion immédiate est obtenue.

Nos conclusions seront brèves :

1° Il demeure établi que les tissus divisés par le thermocautère peuvent se réunir par première intention.

2° Pour que la réunion primitive n'échoue pas, l'épaisseur de l'eschare ne doit pas dépasser certaines limites.

3° Il est non moins indispensable de préserver la plaie de toute affection septique.

Communication

Sur la reconstitution de l'articulation dans les résections sous-périostées.

M. Ollier. Depuis longtemps je me suis attaché, dans les résections articulaires, à reconstituer l'articulation; je pensais que l'on pouvait y arriver, mais j'attendais toujours une pièce définitivement démonstrative.

J'ai présenté des malades chez lesquels le résultat de l'opération était excellent, mais la reconstitution de l'articulation n'était pas complète; aujourd'hui je possède une pièce qui approche de cet idéal.

Il s'agit d'un homme que j'ai opéré il y a 9 ans, en 1873, à l'âge de 27 ans, pour une ostéo-arthrite du coude; cet homme était scrofuleux dès l'enfance.

Je fis l'opération par ma méthode de résection sous-périostée et il y a 3 ans, je revis le malade dont le coude était en excellent état.

Cet homme a exercé la profession d'instituteur, puis d'employé; il soulevait à bras tendu deux haltères pesant 11 kilogrammes.

La flexion était complète, l'extension presque complète, les deux segments du membre faisant un angle de 110° en avant; l'extension était arrêtée par une saillie de l'olécrane. La pronation était assez considérable, le radius décrivait un arc de 90° à 100°.

Jamais il n'y eut d'accidents dans le coude. Cet homme est mort il y a quelque temps et m'a légué son coude.

On constate d'abord que tous les muscles ont des insertions régulières; l'appareil ligamenteux est parfait. Si l'on met les os enlevés en présence de l'articulation reproduite, on voit que toute l'articulation avait été réséquée, 4 centimètres de l'humérus ont été sectionnés et aussi le cubitus et le radius; l'appareil périostique a été conservé.

Sur la pièce, en faisant une section verticale, on voit deux sortes de néoformations osseuses, des néoformations latérales, malléolaires, qui sont importantes pour la solidité de l'articulation et qui empêchent la mobilité latérale; puis des néoformations longitudinales, en particulier sur l'humérus.

L'olécrane est représenté par une apophyse large, irrégulière; il y a ici des néoformations latérales et longitudinale, celle-ci ayant près de 4 centimètres; le radius présente une tête qui roule dans un ligament annulaire.

Jamais, même chez l'enfant, les os ne se reforment complètement.

Il n'y avait pas de cavité synoviale unique, mais une cavité cloisonnée; je ne sais s'il existait un revêtement épithélial, il n'y avait pas de revêtement cartilagineux, mais seulement une sorte de tissu chondroïde. Quelquefois, chez l'enfant, il se produit du cartilage.

Les mouvements de cette articulation nouvelle étaient complets.

Cette pièce résout donc la question de la reconstitution des articulations. Elle nous présente à la fois un type physiologique et un type anatomique, un type ginglymoïdal; la solidité latérale était complète.

On a déjà présenté des pièces d'anciennes résections, mais pas de comparables à celle-ci.

Discussion.

M. Sée. La pièce que M. Ollier a présentée hier à l'Académie, et qu'il présente à la Société de chirurgie aujourd'hui, est démonstrative: c'est un résultat magnifique. La reconstitution physiologique répond à la reconstitution anatomique.

Cependant cette pièce est exceptionnelle; il s'agissait d'un arthrite suppurée, les ligaments étaient alors conservés en grande partie; mais ces conditions ne se présentent pas toujours, le périoste, les ligaments peuvent être presque détruits et les résultats qu'on obtient dans ces conditions ne sont pas semblables à celui que nous présente M. Ollier.

D'autres fois, malgré la destruction du périoste et des ligaments, le rétablissement fonctionnel est parfait. J'ai vu un malade placé dans ces circonstances, dont le bras était presque aussi utile qu'avant, malgré l'absence d'articulation.

La perfection du résultat anatomique n'est donc pas nécessaire pour que la fonction se rétablisse.

M. Ollier. Les observations de M. Sée m'amènent à compléter ce que j'ai dit tout à l'heure.

Il faut distinguer plusieurs variétés parmi les articulations nouvelles; il y a les articulations flottantes, accommodées qui ont de la mobilité latérale, mais qui rendent le membre utile; il y a l'ar-

ticulation ballante, passive, avec des muscles atrophiés; dans ces cas, le membre rend peu de services.

Pour moi, je cherche à obtenir une articulation solide et résistante; je cherche plus à obtenir de la force que de la mobilité, surtout chez l'homme; pour cela je conserve la périoste et je rapproche les fragments, comme pour aller vers l'ankylose, mais sans arriver jusqu'à elle; chez la femme, l'articulation peut être plus mobile, sans inconvénient.

Mais quand il n'existe pas de gaine périostique, que faire? Dans ces cas on peut encore conserver un treillis fasciculaire qui est utile; on aura plus tard des tissus résistants. Quant aux fongosités, je ne les râcle pas, comme Volkmann conseille de le faire, je les modifie par le fer rouge, par le chlorure de zinc, par le nitrate d'argent, l'iodoforme, je les laisse persister; le danger de conserver les follicules tuberculeux qui occupent ces fongosités ne me paraît pas grand.

Je ne cherche pas la réunion immédiate, je laisse la plaie ouverte, employant un pansement de Lister incomplet; puis je modifie les fongosités pendant 4, 6 semaines et plus; il finit par se former un tissu scléreux définitif.

Si on ne peut agir sur les fongosités, elles prolifèrent, la guérison est beaucoup plus lente et la mort peut survenir.

Sur un malade, j'ai enlevé l'articulation radio-carpienne, conservant tous les tissus fongueux, n'enlevant que les os malades; j'ai modifié les fongosités, et il s'est formé une masse ostéo-fibreuse; le malade pouvait soulever 10 kilogrammes.

On n'aura pas toujours des résultats semblables à celui que je vous ai présenté.

J'ai vu se produire des productions osseuses tellement exubérantes que j'étais obligé de les enlever; en résumé, le résultat opératoire est proportionnel aux conditions anatomiques et physiologiques du périoste.

Chez l'enfant, il peut y avoir exubérance; chez l'adolescent, dans la crainte d'une ankylose par production osseuse exagérée, j'enlève une zone du périoste; chez le vieillard, la reproduction est faible, si le périoste est irrité, rajeuni, on aura seulement des néoformations latérales.

Chez l'adulte, on peut avoir des néoformations longitudinales comme sur ma pièce, mais le fait est rare.

M. Forget. Je demanderai à M. Ollier de nous dire quelle dénomination il donne à la lésion des portions osseuses qu'il a enlevées, s'agissait-il de nécrose, de carie? Dans la nécrose, le périoste et les ligaments sont conservés, il subissent une transformation, un

os nouveau commence à se former avant l'opération; ceci expliquerait la perfection du résultat obtenu.

Il y a 20 ans, à propos d'un rapport que je fis sur un mémoire de Rizzoli, on discuta la question des résections sous-périostées et on a dit quelques mots des amputations sous-périostées.

A cette époque le bilan des faits était peu considérable, le cas de M. Verneuil était à peu près le seul; Robert, Michon, prétendaient qu'en dehors des résections sous-périostées on obtenait de bons résultats; Voillemier les rejetait complètement.

Je suis étonné que depuis cette époque rien ne soit sorti de nos hôpitaux et que l'on ne nous ait pas apporté des faits en suffisante quantité pour juger la question.

M. Ollier est le seul qui ait poursuivi ses recherches avec persévérance, mais personne n'apporte des faits analogues aux siens; il est donc bien difficile d'obtenir ces résultats, cependant tous les jours on fait des opérations.

Pour moi, cette absence de documents fait que je n'ose pas encore me prononcer sur la valeur absolue des opérations sous-périostées.

M. Le Dentu. M. Ollier nous a déjà montré à Lyon, lors du Congrès, les excellents résultats qu'il obtenait des résections sous-périostées; je fais toujours mes résections par cette méthode.

Mais cette opération varie selon les cas, quand la résection est précoce on est dans de meilleures conditions, la manœuvre est plus commode.

Dans les résections tardives, quand il y a beaucoup de fongosités, il est plus difficile de conserver les ligaments; alors il faut suivre les os, tailler dans les fongosités, les ébarber, il reste un manchon formé de tissu plus ou moins lardacé, ou de tissu fibreux, qui donne la chance d'avoir une capsule nouvelle.

J'ai vu quelquefois les fongosités se reproduire, je les attaque alors par le fer rouge ou le chlorure de zinc.

L'année dernière j'ai opéré une jeune fille placée dans ces conditions et, quoiqu'elle ait pris une variole quinze jours après l'opération, il y eut une réunion presque immédiate dans laquelle je n'étais pour rien.

En ce moment j'ai dans mon service un malade auquel j'ai fait la résection du coude, et chez lequel j'ai dû ébarber les fongosités et ouvrir plusieurs abcès; malgré de mauvaises conditions, il se fait une articulation avec reproduction osseuse.

En résumé, il faut agir comme conseille de le faire M. Ollier, pour que le résultat se rapproche du type articulaire; il y a tout avantage à raser les os.

Mais la perfection du résultat n'est pas nécessaire; j'ai fait prendre le moule d'un malade opéré par Follin en 1853, le résultat opératoire était mauvais, il y avait une mobilité excessive, cependant le résultat fonctionnel était satisfaisant. Il ne faut donc pas désespérer du résultat quand nous ne pouvons tout conserver.

Je dirai à M. Forget que si nous ne présentons pas beaucoup de résultats parfaits, cela tient à ce que nous ne revoyons pas nos malades; ils ne reviennent vers nous que quand il est survenu des accidents consécutifs, qui quelquefois nous conduisent à l'amputation. Quand ils restent guéris, nous ne les revoyons pas, il faudrait alors les rechercher.

M. Ollier. Je répondrai à M. Forget que la lésion de l'os n'était pas une nécrose, mais une ostéite qui avait débuté par l'olécrane; j'ai dû séparer le périoste.

Quelquefois on obtenait de bons résultats sans chercher à conserver le périoste; mais quand on pratiquait l'opération extra-périostale sans conserver la capsule, ni les parties renflées, les résultats étaient absolument différents, l'articulation était flottante, mobile. Syme conservait le périoste.

Pour apprécier les résultats, il faut les comparer après avoir fait l'examen de la force des membres au moyen de poids.

J'ai vu des malades qui se servaient bien de leurs bras pour des usages qui n'exigeaient pas de force; celle-ci, on ne l'obtient qu'en conservant la capsule.

Chez la femme, où la mobilité est plus importante que la force, la méthode ancienne a donné de beaux résultats.

Comme le dit M. Le Dentu on ne peut, en effet, retrouver ses malades; je me souviens d'un opéré que j'avais montré à Nélaton; le résultat était exeellent, ce chirurgien croyait que l'humérus n'avait pas été enlevé, tandis que j'en avais réséqué 4 centimètres.

J'ai fait 106 résections du coude, je n'ai de renseignements ultérieurs que sur 50 environ; malgré ce chiffre déjà élevé d'opérations, je regrette de n'en avoir pas fait davantage, car depuis l'emploi du pansement antiseptique, j'ai pu pratiquer 43 opérations sans perdre un seul malade. Cette opération est donc devenue presque innocente, et on doit l'employer plus souvent.

Présentations de malades.

M. Desprès présente un enfant de 16 ans auquel il a pratiqué, il y a 2 ans, l'ablation du maxillaire supérieur, moins le plan-

cher de l'orbite, pour enlever un polype naso-pharyngien du volume d'un œuf avec un seul prolongement dans le sinus maxillaire.

L'incision a été faite à la base du nez en partant de l'angle interne de l'œil et en contournant l'aile du nez, puis en divisant la lèvre supérieure sur la ligne médiane, comme il a été fait sur un malade que j'ai présenté il y a quelques semaines et que je recommande pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens.

Il y a eu, chez ce malade, reproduction d'une partie des os. J'avais eu soin de ménager le plus de périoste que j'ai pu.

Le résultat, comme vous le voyez, est complet, le polype est guéri et la cicatrice ne déforme pas du tout la face.

Ce malade, messieurs, a encore un obturateur que M. Préterre a bien voulu lui faire gratuitement.

Résection du genou. — Défaut de soudure osseuse. — Conservation des fonctions du membre,

par le Dr Cazin (de Berck-sur-Mer), membre correspondant.

Lorsqu'on pratique la résection du genou, on doit rechercher la complète soudure du fémur et du tibia. La tige rigide que forme le membre, après guérison, permet la marche. On a même préconisé la suture osseuse pour arriver plus sûrement à ce résultat. En effet, lorsque l'union n'a pas lieu, il se produit une articulation nouvelle qui offre une mobilité exagérée, et la jambe presque inerte, n'obéissant plus ou obéissant mal aux muscles chargés de la mouvoir, oscille au moindre mouvement du corps, comme un battant de cloche ou un membre de pantin.

J'ai eu l'occasion d'observer dans mon service de l'hôpital maritime un cas, que je crois rare, où après avoir redouté une semblable terminaison, j'ai vu les choses tourner au mieux, et une jointure se former après la résection.

J'ai l'honneur de vous communiquer l'observation et de vous présenter l'enfant.

OBSERVATION.

Henriette F..., âgée de 6 ans 1/2, venant de l'hôpital Sainte-Eugénie, entre à l'hôpital de Berck-sur-Mer en octobre 1879, au nº 178.

Cette enfant, affectée d'ostéo-arthrite du genou gauche, ne présenta rien de particulier jusqu'en 1881. Sous l'influence de l'application d'un appareil de Scott et de quelques pointes de feu, les phénomènes

s'étaient considérablement amendés; il ne restait plus que quelques fongosités et un peu d'hypertrophie du fémur et du tibia à leurs extrémités articulaires, lorsqu'à la fin de février, sans cause connue, éclate une arthrite purulente suraiguë avec phénomènes généraux graves, augmentation de volume de la jointure, rougeur des téguments, fluctuation évidente. La résection est décidée. Ischémie. Incision simple transversale. Ablation de la rotule et des extrémités osseuses. Les cartilages sont érodés sur une grande étendue et les ligaments croisés détruits en presque totalité. La scie porte en deçà de la ligne épiphysaire. La synoviale, qui est rouge, tomenteuse, fongueuse par places, est disséquée avec soin jusqu'au-dessous du tendon du triceps et enlevée entièrement. Un drain est placé dans le fond de la plaie et sort des deux côtés; la plaie linéaire est suturée avec des fils d'argent. Pansement de Lister. Puis le membre est placé dans une gouttière assurant son immobilité pendant plusieurs semaines.

Les choses se passèrent normalement. La température qui, la veille de l'opération, était à 40°, tomba le lendemain à 38°, et ne dépassa plus ce niveau.

La plaie extérieure se réunit par première intention, sauf en un point correspondant à sa partie moyenne.

Au bout d'un mois, je veux m'assurer de l'état de solidité de la réunion osseuse; avec les plus grandes précautions, j'imprime un léger mouvement à la jambe et je m'aperçois qu'il n'y a encore aucune tendance à la soudure. Le drain est enlevé; le membre placé dans un appareil en gutta-percha.

Un mois plus tard, la fistulette signalée plus haut et celles qui résultaient du passage du drain sont à peu près cicatrisées, mais je constate qu'il existe toujours de la mobilité entre les deux os.

Le membre est alors entouré d'un appareil ouato-silicaté, d'où je ne le sors qu'au mois d'août. Je n'ai rien gagné. L'appareil est appliqué de nouveau et reste jusqu'au mois de novembre.

La plaie est alors entièrement cicatrisée; il n'y a ni douleur, ni gonflement. Le membre est laissé à lui-même. En effet, s'il y a de la mobilité, j'ai la consolation de voir que cette mobilité n'est pas exagérée et que la pseudarthrose paraît devoir constituer une articulation utile.

En effet, en décembre 1881, l'enfant marche sans béquilles, en boitant, bien entendu, en raison du raccourcissement du membre. Cette claudication sera facilement combattue en lui faisant porter une bottine à semelle élevée. Ainsi que vous pouvez en juger, la jambe n'est pas un membre de polichinelle; les mouvements imprimés sont très limités dans le sens latéral; les mouvements volontaires de flexion et d'extension sont faciles. Si, la jambe étant étendue, on abandonne le membre à lui-même, le segment jambier ne tombe pas. Cependant l'extension totale de cette partie ne peut être obtenue par la seule contraction musculaire du triceps fémoral; mais l'enfant peut lever le pied et le maintenir en l'air. La flexion spontanée est presque complète. La station debout sur le membre malade seul est possible.

Il s'est donc établi ici une articulation nouvelle, solide, qui reproduit en grande partie les avantages de l'articulation normale. En faisant exécuter à l'enfant les divers mouvements spéciaux à cet article, on est frappé de voir que, malgré l'absence de rotule, ils se rapprochent de ceux qui se passeraient dans une jointure exempte de toute lésion. Les fibres du triceps transmettent leur action par l'intermédiaire de la toile fibreuse étendue de ce muscle à la face antérieure de la jambe.

Il est intéressant de constater l'intégrité presque absolue de la forme des extrémités osseuses, circonstance qui ne se présente presque jamais dans le cas de mobilité anormale, où les condyles sont souvent le siège soit d'atrophie, soit d'hypertrophie.

Ce résultat inespéré reconnaît-il pour cause les seuls efforts de la nature? L'immobilisation prolongée dans un appareil silicaté y a-t-elle contribué? Je ne saurais répondre catégoriquement à l'une ou à l'autre de ces questions.

Je n'oserais non plus me baser sur ce mode de terminaison, véritablement exceptionnel, pour tenter une pareille chance en m'opposant volontairement, dans une résection du genou, au succès de la réunion osseuse.

Discussion.

M. Sée. Je remarque que l'enfant marche avec des béquilles et que son membre lui est de peu d'utilité; on peut se demander si la conservation de la mobilité n'est pas un désavantage et s'il n'eût pas été préférable d'obtenir une consolidation osseuse ?

M. Nepveu. M. Cazin a bien cherché, mais en vain, à obtenir l'ankylose.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire,

Nicaise.

Séance du 26 avril 1882.

Présidence de M. Labbé.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Lyon médical. — Revue de l'Est. — Revue médicale. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue scientifique.*

3° *Gazette médicale italienne-lombarde. — British medical. — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.*

4° M. Farabeuf offre, au nom de M. le Dr R. Cavayé, une *Étude sur les fractures du col de l'omoplate et de la cavité glénoïde* dans laquelle se trouve une *Description de la capsule scapulo-humérale,* d'après les leçons de M. Farabeuf.

Rapport

Sur un travail de M. Richelot, intitulé : *Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne,*

Par M. Nicaise.

Messieurs,

En 1878, vous m'avez déjà fait l'honneur de me charger d'un rapport sur un travail de M. Krishaber, intitulé : *De la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne au thermocautère, avec application de la canule à bec.* (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1878, p. 748.)

A ce sujet, j'ai cherché à établir l'historique de cette opération proposée par Vicq d'Azyr, et, par des expériences assez nombreuses faites sur le cadavre, j'ai voulu en apprécier les particularités anatomiques et la valeur. Je n'ai donc pas à revenir sur les points que j'ai déjà traités.

Mais, depuis cette époque, un certain nombre d'opérations ont été pratiquées ; il reste à voir si les résultats obtenus sont de nature à modifier les appréciations portées il y a bientôt quatre ans.

J'ai non seulement à vous rendre compte du travail de M. Richelot, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux, mais aussi

d'une note de M. Krishaber, sur la même question; je les analyserai successivement.

Le travail de M. Richelot est basé sur une observation que je résumerai d'abord.

Un homme de 60 ans portait un épithélioma du plancher de la bouche étendu à la langue et au maxillaire inférieur; avant de procéder à l'ablation de la dégénérescence, M. Richelot fit comme opération préliminaire la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.

Après avoir incisé verticalement le ligament crico-thyroïdien, il fut impossible d'introduire la canule à bec n° 7 de M. Krishaber, et même le n° 5, qui a 9 millimètres. L'introduction de cette dernière ne fut possible qu'après l'incision du cartilage cricoïde.

M. Richelot fit ensuite l'ablation de la partie moyenne du maxillaire inférieur, du plancher buccal, d'une portion de la langue, des deux glandes sous-maxillaires avec les ganglions correspondants: la perte de sang fut peu considérable; néanmoins, le malade mourut le lendemain.

Le larynx seul a pu être examiné; M. Richelot a constaté que la hauteur de l'espace crico-thyroïdien était de 9 millimètres et de 11 millimètres en faisant basculer l'un sur l'autre les cartilages thyroïde et cricoïde. D'après les mensurations, assez nombreuses que j'ai faites, j'ai trouvé que la hauteur moyenne de l'espace crico-thyroïdien était de 9 à 11 millimètres.

M. Richelot a répété sur le larynx de son malade l'introduction de la canule et il a vu qu'elle ne pouvait se faire que grâce à la section du cricoïde dont les parties latérales s'écartaient.

Ainsi donc, d'une part, les dimensions de l'espace crico-thyroïdien sont telles qu'on peut y introduire une canule, mais, d'un autre côté, il est nécessaire que cette canule soit peu volumineuse et plus petite que les canules ordinaires à trachéotomie.

L'opération est simplifiée par l'usage de la canule à bec dont l'introduction est facile et dispense de l'emploi d'un dilatateur.

M. Richelot considère l'emploi du thermocautère comme n'étant pas nécessaire dans cette opération; c'est également l'opinion que j'avais émise dans mon premier rapport.

Il rejette, ainsi que M. Krishaber, les deux petites incisions transversales que j'avais proposées, afin d'éviter des déchirures et des décollements du ligament et de la muqueuse, ainsi que j'en ai observés dans mes expériences sur le cadavre; ces déchirures seront de bien peu d'importance si l'on emploie une canule appropriée, aussi je ne crois pas devoir insister sur la nécessité des débridements latéraux.

Le cricoïde peut être fracturé dans les tentatives d'introduction d'une canule trop volumineuse, ainsi que je l'ai constaté; il se

rompera d'autant plus facilement qu'il aura été intéressé même légèrement par le bistouri à la fin de l'incision verticale. C'est pour éviter ce danger que M. Krishaber recommande de faire cette incision, de bas en haut, en portant le dos du bistouri vers le cricoïde.

Après l'incision du ligament on éprouve quelquefois de la difficulté à faire pénétrer une canule même peu volumineuse, ceci peut être attribué à la disposition anatomique du cricoïde dont le diamètre tranversal va en diminuant de bas en haut, et est plus étroit vers l'arc postérieur que vers l'antérieur. L'extrémité de la canule vient buter contre l'arc postérieur, quand sa courbure n'est pas appropriée et dans le cas de M. Richelot, ce n'est qu'après la section du cricoïde que la canule a pu pénétrer en écartant les parties latérales du cartilage.

Nous croyons, avec M. Richelot, que l'incision du cricoïde ne présente pas grand inconvénient et qu'elle a dû être faite assez souvent dans les opérations de laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Il ne faut pas compter du reste que la canule restera entre les lèvres de l'incision du cricoïde; dans mes expériences, j'ai vu que, par son élasticité, le cartilage pressait sur la canule et la refoulait dans l'incision faite au-dessus ou au-dessous de lui.

M. Richelot exprime aussi quelques craintes au sujet du voisinage des cordes vocales qui pourraient être irritées par la présence de la canule. Nous verrons tout à l'heure qu'une observation de M. Krishaber répond à cette question.

Mais quelles sont les *indications de cette opération*, et quelle est sa valeur par rapport à la trachéotomie?

M. Richelot n'a fait qu'effleurer le second point et n'a rien dit du premier.

Il serait prématuré de se prononcer définitivement sur la valeur absolue de cette opération, que M. Richelot est bien près de juger comme supérieure à sa rivale.

Mais la laryngotomie inter-circo-thyroïdienne peut être, dans certains cas, une opération de nécessité, soit à cause d'une hypertrophie du corps thyroïde, ou de la présence de vaisseaux volumineux en avant de la trachée.

L'année dernière, je fus conduit à la pratiquer dans les circonstances suivantes :

Un homme de 67 ans entre dans mon service pour un cancer du pharynx refoulant le voile du palais et faisant saillie dans l'arrière-bouche; la tumeur s'était développée au niveau de l'apophyse ptérygoïde gauche.

L'air arrivait difficilement dans les poumons, il fallait lui ouvrir une voie artificielle. Au moment de procéder à l'opération, je m'a-

perçus que le cou du malade était très court ; le bord inférieur du cartilage cricoïde arrivait presque au niveau de la fourchette du sternum ; je me décidai donc pour l'opération de Vicq d'Azyr.

Celle-ci ne présenta rien de particulier, mais je ne pus introduire que la canule n° 1 de Collin, c'était le 16 janvier. Le lendemain je plaçai la canule n° 2.

Le 25, la canule est chassée dans un accès de toux et on ne peut la replacer.

J'agrandis l'incision avec le thermocautère et je sectionne le cricoïde, afin de pouvoir remettre la canule. Le malade succombe le lendemain.

L'examen du larynx m'a démontré que la difficulté d'introduction tenait à l'étroitesse de la partie postérieure du canal cricoïdien.

Cette observation me conduisait donc à penser, comme M. Richelot, que la section du cricoïde devrait être faite dans la plupart des cas.

Un mot en passant sur la cause de la brièveté du cou chez mon malade. Elle tenait à une voussure notable de la colonne dorsale, ayant entraîné une élévation du sternum et des côtes et une courbure de compensation de la région cervicale. Dans ces conditions, la fourchette du sternum se rapproche du cartilage cricoïde et, en outre, le larynx est porté en avant par la convexité de la colonne cervicale, de sorte que la trachée est plus oblique qu'à l'état normal. J'ai rencontré cette disposition dans plusieurs cas de cyphose d'origine différente.

Telles sont les considérations qui m'ont été suggérées par le travail de M. Richelot.

J'ai l'honneur de vous proposer d'adresser des remerciements à l'auteur et de renvoyer son travail au comité de publication.

La communication de M. Krishaber, intitulée *Note additionnelle sur la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne*, dont il me reste maintenant à vous rendre compte, a pour but de répondre aux réserves que j'avais formulées dans mon rapport de 1878 et à quelques objections faites lors de la discussion.

M. Krishaber a pratiqué souvent cette opération et s'en montre de plus en plus partisan, jamais il n'a constaté d'altération des cordes vocales due au voisinage de la canule, ni de nécrose des cartilages du larynx.

Il relate l'observation d'un malade auquel il a fait, le 1er juin 1880, la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, pour des spasmes du larynx sans aphonie survenant dans le cours d'une ataxie locomotrice.

Aujourd'hui ce malade parle très bien, sa voix n'a subi aucune

altération, ainsi que j'ai pu le constater, M. Krishaber ayant eu l'obligeance de me montrer son malade. Il n'y a non plus aucune nécrose du cartilage.

Comme je l'ai dit déjà, M. Krishaber rejette les petites incisions latérales que j'avais proposées, incisions rendues moins utiles par l'emploi de sa canule à bec.

M. Krishaber revient sur l'emploi du thermocautère qu'il préfère au bistouri, comme mettant mieux à l'abri de l'hémorragie. La division des tissus avec le thermocautère devrait être faite par ponctuations successives et non par traînées linéaires, afin d'éviter le rayonnement, les eschares et les hémorragies secondaires.

Je répéterai ce que j'ai dit plus haut, l'emploi du thermocautère ne paraît pas nécessaire dans la plupart des cas; je rappellerai cependant que chez mon malade, obligé d'agrandir l'incision le huitième jour après la première opération, je me servis du thermocautère pour sectionner les parties molles enflammées par la présence de la canule.

La nouvelle communication de M. Krishaber est donc toute en faveur de l'opération de Vicq d'Azyr. Cependant, tout en reconnaissant que cette opération doit entrer dans le domaine chirurgical, je ne crois pas qu'elle puisse remplacer la trachéotomie ordinaire, quoique M. Krishaber ait répondu en partie aux réserves qui avaient été faites.

J'ai l'honneur de vous proposer d'adresser des remerciements à l'auteur et de renvoyer son travail au comité de publication.

Discussion.

M. Chauvel. J'ai eu l'occasion de pratiquer la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne et j'ai éprouvé des difficultés telles que je m'associe aux réserves faites par M. Nicaise; il me fut impossible d'introduire une canule ordinaire, en en prenant une plus petite, elle était encore chassée par les mouvements de déglutition; je fus obligé alors d'inciser le cricoïde pour que la canule pût rester en place. Aussi je préfère la trachéotomie.

M. Desprès. — Je désire appeler l'attention sur deux points : d'abord je regrette que M. le rapporteur donne la section du cricoïde comme une chose nouvelle, car déjà Boyer en critiquant l'opération de Vicq d'Azyr, a propsé d'y ajouter l'incision du cricoïde et a publié deux cas dans lesquels il avait fait cette opération. La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne avec section du cricoïde appartient donc à Boyer.

Cette opération fut jugée mauvaise, un seul chirurgien l'a acceptée, Nélaton, qui l'a modifiée. (V, *Gaz. des hôp.* 1861, obs.

publiée par M. Desprès). Il disséquait la partie médiane du cricoïde et en enlevait 7 millimètres; employée dans un cas d'œdème de la glotte, elle fut suivie de guérison. D'autres l'ont pratiquée depuis, je l'ai faite sur un malade qui avait des polypes du larynx, l'opération fut facile. — Mais il est évident que la section du cricoïde ne suffit pas pour permettre d'introduire une canule, il faut réséquer une partie du cartilage.

En second lieu, je pense que la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne convient surtout pour enlever des corps étrangers ou pour permettre temporairement le passage de l'air; mais s'il s'agit de laisser une canule en place pendant un long temps l'opération est mauvaise. La canule se trouve placée dans un anneau rigide et tous les mouvements de déglutition et de respiration se traduisent par un frottement pénible. Chez la malade à laquelle j'avais pratiqué cette opération j'ai dû réséquer ultérieurement une partie du cricoïde. — Je rejette donc la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.

M. Verneuil. J'ai une certaine expérience de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne; c'est une excellente opération, facile, ne présentant ni les inconvénients, ni les dangers de la trachéotomie; de plus, dans certains cas, elle est seule possible. C'est elle que les malades supportent le mieux.

Je l'ai pratiquée sur un homme atteint d'épithélioma du larynx, qui est mort un an après, ayant, pendant tout ce temps, bien supporté la canule.

Un autre malade qui m'a été adressé par M. Terrillon avait un épithélioma du pharynx avec des ganglions cervicaux énormes, je fis la même opération, sans résection du cricoïde et en plaçant la canule à bec de M. Krishaber. Le malade va bien et il parle très distinctement, même sans boucher sa canule, particularité que j'observe pour la première fois.

Le thermocautère a été employé dans les deux cas, l'opération fut exsangue.

Dans le dernier cas, la trachéotomie ordinaire m'aurait fait reculer; on ne pouvait renverser la tête sans amener une menace d'asphyxie, et entre le cricoïde et le sternum il n'y avait qu'un espace d'un travers de doigt; je n'aurais pas osé opérer par le procédé ordinaire.

Dans certains cas, il est vrai, on trouvera les deux cartilages assez rapprochés, ou présentant de l'induration et une perte d'extensibilité; de sorte que l'on ne pourra introduire la canule. Ces cas sont rares, alors on peut réséquer le cricoïde.

En résumé, la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, grâce à la

canule de M. Krishaber, que l'on peut introduire avec facilité, constitue une opération qui peut, dans la plupart des cas, remplacer la trachéotomie ordinaire.

M. Farabeuf. Je suis heureux de la discussion qui a lieu, car je voulais enseigner la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, que j'ai répétée une cinquantaine de fois sur le cadavre avec la canule de M. Krishaber. Les élèves l'ont toujours réussie d'emblée.

Quand on fait l'incision, le bistouri entame souvent le cartilage cricoïde et en forçant un peu la canule on rompt alors le cartilage, ce qui ne présente pas, je crois, beaucoup d'inconvénients.

Avec une canule ordinaire, on ne peut pénétrer à travers la fente verticale du ligament crico-thyroïdien, il faut un instrument conique comme la canule de M. Krishaber, celle que j'employais était grosse.

Mais la grosseur de la canule ne paraît pas indispensable, car on a démontré que l'on pouvait faire vivre des animaux en les faisant respirer par un tube même très étroit.

Toutes ces considérations m'encouragent à enseigner cette opération ; d'autant plus que les faits de MM. Verneuil et Krishaber montrent que la canule peut rester longtemps en place.

L'opération dont parlait M. Desprès avec résection du cricoïde restera applicable à des cas exceptionnels.

M. Sée. Je crois de mon devoir de dire ce que j'ai observé au sujet de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne ; la première opération que j'ai vu faire a été pratiquée par M. Krishaber sur un malade de la Maison de santé atteint de rétrécissement du larynx. L'opération fut faite avec la plus grande facilité ; j'ai revu le malade un an après ayant toujours sa canule, qu'il supportait très bien.

Ce qu'a dit M. Desprès au sujet des frottements de la canule contre le larynx est anti-physiologique, le larynx se mouvant tout d'une pièce.

J'ai pratiqué deux fois la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne ; dans le premier cas, le résultat fut excellent ; dans le second, j'éprouvai des difficultés, mais il y avait un goitre suffocant et les cartilages étaient ossifiés ; cependant j'ai réussi à introduire la canule.

En résumé, je pense que l'opération est excellente et que souvent elle remplacera la trachéotomie ordinaire.

M. Desprès. M. Sée a éprouvé des difficultés d'introduction chez son second malade. Quant à la section du cricoïde, non seulement,

comme l'a dit M. Farabeuf, elle ne présente pas d'inconvénient, mais elle est avantageuse.

Ce qui fait que l'on préconise l'opération de Vicq d'Azyr, c'est qu'elle est facile, mais cela ne suffit pas, il faut aussi qu'elle soit utile. — Or le séjour de la canule ne peut être toléré; le malade auquel j'avais fait cette opération n'a été soulagé qu'après la section du cartilage cricoïde.

J'ajouterai que le nombre des observations présentées est insuffisant.

Quant à l'emploi d'une canule spéciale, celle de Barthez, coupée en biseau à son extrémité est aussi bonne que celles qui ont été proposées depuis.

Est-il suffisant de placer une canule d'un petit diamètre, je ne le crois pas, car nous savons qu'avec une canule d'enfant les adultes ne peuvent pas respirer.

M. Labbé. Je m'associe à ce qu'on dit MM. Verneuil, Farabeuf et M. Sée, en faveur de la laryngotomie inter-crico-thyroidienne; mes observations personnelles m'ont démontré toute la valeur de cette opération.

M. Lannelongue. J'ai fait l'opération une fois seulement, dans un cas de croup chez un enfant de 4 ans. J'ai été frappé de la facilité avec laquelle l'opération a été pratiquée ; la canule a été bien supportée et l'enfant a guéri.

Ce fait m'a conduit à établir une comparaison entre cette opération, si simple, si inoffensive et la trachéotomie ordinaire, d'une exécution difficile et si féconde en surprises et en accidents, ainsi que le démontrent les autopsies; cette dernière opération est souvent dramatique et beaucoup de chirurgiens habiles ne l'abordent pas sans crainte.

La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne ne présente aucun de ces inconvénients, c'est pourquoi je la préfère, et je la considère comme devant remplacer la trachéotomie.

M. Pozzi. J'ai assisté à une opération de laryngotomie inter-crico-thyroïdienne faite par M. Krishaber et j'ai été frappé de sa facilité, ce malade a parfaitement supporté la canule pendant huit mois.

Si l'on ne peut introduire d'emblée une canule assez large, on en place d'abord une petite que l'on remplace au bout de deux ou trois jours par une autre plus large ; il y aurait danger à laisser pendant longtemps une petite canule qui est insuffisante pour la respiration.

M. Desprès. Je m'étonne que l'on veuille proscrire la trachéoto-

mie, qui a été considérée comme une des plus grandes conquêtes de la chirurgie moderne et qui a donné tant de succès entre les mains de Bretonneau et de Trousseau.

M. Nicaise. M. Desprès m'a reproché d'avoir présenté la section du cricoïde comme une chose nouvelle; je n'ai rien dit de semblable et je n'ai pas voulu reproduire l'historique de l'opération de Vicq d'Azyr, l'ayant déjà fait dans mon premier rapport en 1878.

Je suis partisan de cette opération depuis longtemps, je l'ai toujours enseignée lorsque j'étais prosecteur à Clamart, mais je la crois applicable surtout à des cas déterminés plutôt que d'un emploi général.

L'opération est facile; avec les canules ordinaires on a une certaine difficulté, comme l'a fait remarquer M. Farabeuf à franchir la fente verticale faite au ligament crico-thyroïdien, et en forçant un peu on détermine des déchirures et des décollements de ce ligament et de la muqueuse au niveau du bord supérieur et de la face interne du cricoïde, surtout si la canule est trop grosse, c'est pour cela que j'avais proposé de faire de chaque côté de l'incision verticale, une *petite incision transversale;* mais avec une canule peu volumineuse, à embout conique comme celle de M. Krishaber, l'introduction est plus facile et d'ailleurs les petites déchirures n'ont pas grande importance ; je n'insiste donc pas sur les incisions latérales.

Dans mes expériences sur le cadavre, j'ai constaté plusieurs fois la *rupture du cricoïde*, quand on forçait avec une canule trop volumineuse ; si le cricoïde a été entamé, même légèrement, lors de l'incision du ligament, sa rupture se fait alors sous un effort même léger. Je crois avec M. Farabeuf que l'incision du cricoïde ne présente pas d'inconvénient et qu'elle facilite l'introduction de la canule. Celle-ci ne reste pas entre les lèvres de l'incision du cartilage; mais par sa présence dans le canal cricoïdien elle les écarte en pressant sur la face interne du cricoïde; en effet, chez l'adulte du moins, toujours la canule est chassée au-dessus ou au-dessous du cartilage.

Si l'opération est facile, il n'en est pas toujours de même de *l'introduction de la canule*, c'est ce qu'a observé aussi M. Chauvel. Cette difficulté peut tenir soit à la *disposition du canal cricoïdien*, dont la partie postérieure est plus étroite que l'antérieure de sorte que la canule est repoussée vers celle-ci et chassée au dehors, si sa courbure n'est pas appropriée ; la difficulté peut tenir aussi à la canule, soit à cause de son *volume*, de sa *courbure*, comme je viens de le dire, qui pour l'opération de Vicq d'Azyr ne doit pas être la même que pour la trachéotomie ordinaire; l'*inclinaison du*

pavillon sur la canule peut aussi faire qu'elle soit plus ou moins bien tolérée. Enfin, comme l'a dit M. Desprès, la canule est plus immobilisée dans le canal cricodien que dans la trachée.

Mais, d'un autre côté, il existe déjà plusieurs observations dans lesquelles la canule a été bien supportée pendant longtemps; j'ai dit que j'avais vu le malade de M. Krishaber opéré en juin 1880 et chez lequel la canule n'a amené aucune irritation des cordes vocales, ni aucun changement dans la voix.

En résumé, je pense que l'opération de Vicq d'Azyr doit être connue de tout chirurgien, que dans certains cas elle devient une opération de nécessité, surtout quand le cou est de peu de longueur; mais je pense qu'il serait prématuré de la considérer comme devant remplacer la trachéotomie ordinaire. Il reste bien à établir les *indications* de l'une et de l'autre opération.

Chez les enfants, elle est plus difficile que chez l'adulte à cause du peu de hauteur de l'espace crico-thyroïdien et des petites dimensions du cricoïde.

M. Sée. J'ajouterai un mot pour dire que, d'après mes expériences, je pense qu'il serait avantageux de remplacer l'incision verticale du ligament crico-thyroïdien par une incision transversale qui permettrait d'introduire la canule avec plus de facilité.

Les conclusions des rapports de M. Nicaise sont mises aux voix et adoptées.

Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne,

Par L.-G. Richelot, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Pendant les vacances de Pâques 1881, un homme de soixante ans, J. B. G., était couché au nº 13 bis de la salle Saint-Landry, à l'Hôtel-Dieu. Ses instances m'engagèrent, dans un cas désespéré, à courir les chances d'une intervention chirurgicale. Il s'agissait, en effet, d'un de ces épithéliomas du plancher de la bouche étendus à la langue et au maxillaire inférieur, dont l'ablation, faite au prix de sacrifices énormes et presque toujours suivie d'insuccès, n'est cependant ni impossible, ni absolument interdite aux chirurgiens les plus sages. La tumeur englobait la moitié du maxillaire et toute la peau du menton; la langue, dont les mouvements paraissaient à peu près libres, était néanmoins envahie à sa base et dans une certaine épaisseur.

Le 19 avril, je me décidai à faire l'ablation de toute la partie moyenne du maxillaire inférieur, du plancher buccal, d'une portion de la langue, des deux glandes sous-maxillaires avec les ganglions correspondants. Je me servis du bistouri et des pinces hémostatiques; il y eut peu de sang versé. Le lendemain matin, le malade mourut

subitement, sans cause appréciable, comme on meurt bien souvent après ces grandes mutilations. L'autopsie n'a pas été faite.

Je n'aurais pas rapporté cette histoire banale, si une opération préliminaire, dont j'ai fait précéder l'ablation des parties malades, ne venait lui donner quelque intérêt. J'ai cru devoir, avant de porter le bistouri sur le plancher de la bouche, ouvrir les voies aériennes pour prévenir les dangers de la propulsion de la langue en arrière après la suppression de ses points d'attache. J'ai donc pratiqué une *laryngotomie inter-crico-thyroïdienne*, jugeant l'occasion favorable de tenter de nouveau une opération remise en honneur dans ces derniers temps. Voici, en quelques mots, ce que j'ai fait :

Opération. — Incision au bistouri, longue de trois à quatre centimètres, empiétant sur le cartilage thyroïde et sur le cricoïde. Cette première incision ne souffre aucune difficulté, tant les points de repère sont visibles. Arrivé sous la peau, je coupe sans ménagement une grosse jugulaire antérieure, qui est immédiatement saisie avec une pince hémostatique. Presque aussitôt, j'arrive sur le ligament crico-thyroïdien, et, après avoir reconnu avec l'index de la main gauche les bords du thyroïde et du cricoïde, j'incise la membrane de haut en bas, appuyant la lame sur l'un et l'autre bord, afin de profiter de tout l'espace vertical compris entre les deux cartilages. Je me borne à l'incision longitudinale, sans débridements latéraux.

Dès ce moment, l'espace me paraît d'une hauteur insuffisante ; j'essaie cependant la *canule à bec* n° 7 de M. Krishaber, sans aucun succès. J'introduis la canule n° 5 (9 millimètres) ; la plaie laryngienne admet son extrémité, mais je ne puis la faire basculer, ni pénétrer à fond. J'insiste patiemment, sans violence ; mais les deux cartilages me semblent rester immobiles et n'avoir aucune tendance à s'écarter sous mes efforts. Craignant de produire une fracture, je me décide à inciser le cartilage cricoïde ; le bistouri l'entame sans difficulté, bien qu'il soit le siège d'une ossification manifeste ; la canule pénètre alors sans encombre, et est fixée par les moyens ordinaires.

Autopsie du larynx. — La mort étant survenue comme je l'ai dit, le larynx de cet homme fut disséqué avec soin, et je notai les détails suivants :

Les cartilages thyroïde et cricoïde sont ossifiés partiellement. La section de la membrane qui les unit est située sur la ligne médiane.

Les parties étant en place, l'espace crico-thyroïdien mesure exactement 9 millimètres en hauteur : si je prends les cartilages et les fais basculer l'un sur l'autre au maximum, j'obtiens onze millimètres.

En maintenant les cartilages dans leurs rapports naturels, il m'est impossible de faire pénétrer la canule n° 5 (9 millimètres) dans la plaie laryngienne, à la condition que mes doigts maintiennent fortement appliquées l'une contre l'autre les deux moitiés du cricoïde sectionné ; si alors je pousse la canule et l'oblige à pénétrer, elle ne peut le faire qu'en séparant les deux moitiés du cricoïde, la section de ce cartilage et l'écartement de ses parties latérales permet-

tant à la canule d'achever son mouvement tournant et de pénétrer à fond dans le larynx. Alors même que je fais basculer en arrière le thyroïde de manière à donner à l'espace crico-thyroïdien onze millimètres de hauteur, comme je l'ai dit précédemment, la canule ne pénètre à fond qu'en écartant les deux moitiés du cricoïde. J'ajoute que ces divers essais ont été répétés avec des résultats identiques, après avoir élargi transversalement la plaie faite à la membrane ; ainsi j'ai pu m'assurer que, sur le vivant, je n'aurais tiré aucun bénéfice des débridements latéraux ajoutés à l'incision verticale.

Remarques. — J'ai fait de parti pris, comme on le voit, la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne chez l'adulte, dans un cas où la trachéotomie n'était nullement contre-indiquée; et je ne puis que répéter pour mon compte les réflexions très justes que M. Nicaise a présentées à la Société de chirurgie, dans sa séance du 27 novembre 1878, lorsqu'il a donné son avis sur une opération de ce genre pratiquée par M. Krishaber : « La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne est d'une exécution simple, la région est superficielle, les points de repère sont des plus faciles à reconnaître, et l'on n'a nullement à craindre de blesser des organes importants. » Ayant ainsi parlé, M. Nicaise donne cette opération comme nettement indiquée dans les cas où la trachéotomie est difficile ; mais il n'ose avancer que la première soit, en thèse générale, supérieure à la seconde. Il est regrettable que la pénurie des observations nous oblige à garder sur ce point une prudente réserve; car la laryngotomie dont il est ici question, faite suivant des règles précises, est fort séduisante et par la simplicité opératoire, et par l'absence de certains périls inhérents à la trachéotomie. Sans doute, on peut craindre que la proximité des cordes vocales n'amène quelques suites fâcheuses, mais rien jusqu'ici ne l'a démontré; et il suffira que les observations à venir éloignent la crainte de dangers inattendus, impossibles à prévoir en théorie, pour que la supériorité de l'opération nouvelle, ou plutôt rajeunie, devienne incontestable.

Un second point me paraît évident, c'est l'inutilité des instruments dits hémostatiques pour atteindre un organe aussi superficiel, dans une région aussi peu vasculaire. Tout au plus devra-t-on quelquefois pincer une artériole ou une veine sous-cutanée, comme je l'ai fait chez mon malade, et comme l'ont fait bien souvent ceux-là mêmes qui usent de la section thermique. Si l'utilité du couteau rougi peut être admise dans la trachéotomie, c'est en vérité pousser trop loin l'amour du thermocautère, que de le proposer pour une opération aussi simple.

Je m'associe entièrement aux remarques de M. Nicaise sur le volume de la canule. Mon observation est en parfait accord avec

les siennes, quant à la hauteur de l'espace crico-thyroïdien (9 à 11 millimètres en moyenne, chez l'homme). Je crois donc qu'une canule de dimensions analogues entrera en général facilement, à la faveur de la mobilité des cartilages et de leur élasticité, et qu'un instrument plus volumineux, alors même qu'il pourrait pénétrer en faisant basculer les cartilages au maximum, risquerait d'exercer des compressions fâcheuses et dont nous ne pouvons prévoir les résultats.

Il ne me paraît pas nécessaire de débrider latéralement, comme le conseille M. Nicaise, l'incision verticale faite à la membrane. Je pense que le volume exagéré de la canule et la violence apportée à son introduction peuvent amener des décollements et des déchirures de la muqueuse, ou même une fracture du cricoïde ; mais je ne crois pas que la résistance minime des lèvres de la plaie laryngienne puisse entrer pour rien dans ces incidents. Sur le larynx que j'ai eu entre les mains, la canule poussée avec beaucoup de modération avait très suffisamment dilaté l'ouverture.

Mais on voit en même temps, d'après mon observation, qu'une résistance invincible peut être apportée à l'introduction d'une canule d'un moyen volume, par les dimensions mêmes de l'espace et le défaut d'élasticité des cartilages. Chez mon malade, l'espace mesurait 9 millimètres, et les cartilages partiellement ossifiés basculaient à peine l'un sur l'autre; de telle façon que la canule, admise à la rigueur par la plaie laryngienne, s'arrêtait bientôt et ne pouvait décrire l'arc de cercle nécessaire pour pénétrer à fond. Ceci m'a déterminé à faire la section médiane du cricoïde, et aussitôt la canule est entrée sans difficulté.

La section du cricoïde est-elle une complication opératoire, un danger nouveau, une altération de la laryngotomie? Non certainement ; et je ne vois aucun inconvénient à la faire toutes les fois qu'elle pourra faciliter l'introduction de la canule. Il ne s'agit pas ici de la résection d'un morceau du cricoïde, faite par Nélaton pour placer la canule au niveau même du cartilage ; il s'agit encore moins d'introduire l'instrument dans l'écartement obtenu par l'incision simple du cricoïde, car, suivant la remarque de M. Farabeuf, cette incision « ne permet pas de faire passer le dos d'un bistouri », et, si on y plaçait de force une canule, celle-ci glisserait toujours, comme l'a dit M. Nicaise, à côté du cartilage. Mais ce que j'ai fait, et ce qui me paraît opportun, c'est un véritable débridement portant sur le cricoïde, le forçant à céder par l'écartement de ses parties latérales, permettant ainsi à l'espace crico-thyroïdien de s'agrandir un peu sous la pression de la canule, et pouvant être fort utile, par conséquent, dans tous les cas où l'es-

pace est insuffisant soit par son étroitesse absolue, soit par l'immobilité anormale des cartilages.

Conclusions.—Les remarques précédentes m'autorisent à émettre les propositions suivantes :

1° La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne est une bonne opération, plus facile et moins dangereuse dans ses conséquences immédiates que la trachéotomie.

2° Si cette opération, soumise à des règles précises, n'amène pas, dans les faits à venir, des dangers inattendus et que rien n'autorise à prévoir, on devra la juger comme de tous points supérieure à sa rivale.

3° Elle doit être faite au bistouri ; une ou deux pinces à forcipressure suffiront toujours pour parer à tout événement.

4° La canule à boc de M. Krishaber convient parfaitement. Le n° 5 (9 millimètres) est celui qu'on doit préférer, toutes réserves faites quant aux variétés individuelles que peut présenter l'espace crico-thyroïdien.

5° La canule doit être poussée avec modération dans l'incision verticale faite à la membrane crico-thyroïdienne. Il est probable que cette incision suffira dans la plupart des cas.

6° S'il y trop de résistance, on n'hésitera pas à sectionner le cricoïde au bistouri sur la ligne médiane, pour permettre à la canule de décrire un arc de cercle et de pénétrer sans violence.

7° Il ne s'agit, dans ce travail, que de l'ouverture des voies aériennes *chez l'adulte.*

Note additionnelle sur la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne[1],

Par M. Krishaber

Conclusions

1° — La larygotomie inter-crico-thyroïdienne a sur la trachéotomie l'avantage d'une extrême facilité d'exécution, en raison de ses deux points de repaire fixes, les saillies de la pomme d'Adam et du cricoïde, et en raison de la situation superficielle de la membrane crico-thyroïdienne.

2° — La ponction verticale de cette membrane suffit (la peau étant divisée sur une très courte étendue) pour pénétrer dans l'espace avec une canule *ad hoc* (à bec).

3° — L'opération peut s'effectuer par le bistouri ou par le ther-

[1] La note a été publiée dans le journal *la France médicale*, mars 1881.

mocautère (Verneuil); le thermocautère met toutefois mieux à l'abri de l'hémorragie et de la pénétration du sang dans les voies aériennes.

4° — Le thermocautère doit être porté au rouge sombre.

5° — La division des tissus, lorsqu'on se sert du procédé désigné, doit être obtenu par *ponctuations successives* et non par traînées linéaires de l'instrument incandescent, afin d'éviter le rayonnement, les eschares qui peuvent en résulter et les hémorragies secondaires qui pourraient se produire lors de la chute des eschares.

6° — La canule à bec (préalablement graissée) dispense d'un dilatateur, dont l'emploi serait presque impossible dans l'espace crico-thyroïdien : le seul temps critique de toute ouverture des voies aériennes se trouve ainsi supprimé.

7° — La présence indéfinie d'une canule dans l'espace crico-thyroïdien n'altère pas la voix et ne produit aucune lésion des cartilages du larynx.

La Société se forme en comité secret à 5 heures.

Le Secrétaire,

NICAISE.

Séance du 3 mai 1882.

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend:

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine*. — *Archives générales de médecine*. — *Lyon médical*. — *Union médicale de la Seine-Inférieure*. — *Recueil d'ophtalmologie*. — *Bulletin de thérapeutique*. — *Journal de thérapeutique de Gubler*. — *Revue médicale*. *Concours médical*.

3° *La Gazette de santé militaire de Madrid. — The Practitioner. — British medical.*

4° M. Durand-Fardel adresse un rapport fait à la Société de médecine de Paris sur la circulaire de M. le Préfet de la Seine, concernant la déclaration et l'inhumation des fœtus ainsi que des embryons de moins de 4 mois.

5° M. Baudrimont adresse un mémoire sur *la fracture de la paroi antérieure du conduit auditif et la luxation en arrière du maxillaire inférieur par pénétration des condyles dans l'oreille.* (Commission : MM. Desprès, Périer, Farabeuf, rapporteur.)

A propos du procès-verbal.

M. Desprès. Dans la dernière séance, beaucoup de nos collègues se sont prononcés en faveur de l'opération de Vicq d'Azyr, la déclarant préférable à la trachéotomie. Cependant elle n'est pas exempte de difficultés et de dangers.

Voici deux cas où la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne a eu un résultat que n'a jamais eu la trachéotomie.

Voici une observation du service de M. Gosselin. (*Bull. Soc. anat.*, 1880, p. 266). Il fit la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne et à l'autopsie on trouva le cricoïde fracturé. L'opération avait été faite au thermocautère.

Voici une autre observation de M. Verneuil (*Bull. Soc. anat.*, 1880, p. 306), impossible de passer la canule dans l'espace inter-crico-thyroïdien. M. Verneuil fait la section simple du cricoïde et des deux premiers anneaux de la trachée. Le malade mourut en 8 jours. Le bec de la canule avait ulcéré le tronc brachio-céphalique artériel; sans aucun doute, la canule était restée dans l'espace inter-crico-thyroïdien (elle ne pouvait se placer dans l'incision du cricoïde) et bridée dans ce point, son bec avait peu à peu ulcéré la trachée et le tronc brachio-céphalique.

Si on compare ces résultats avec ceux que donne la trachéotomie ordinaire, on voit que celle-ci n'est pas suivie d'accidents opératoires analogues.

Voici ce qu'on trouve, en effet, dans les thèses de deux élèves de Trousseau.

M. Millard (*th. de Paris*, 1859) dit : « Nous n'avons fait, je dois le dire, aucune infidélité sérieuse au procédé classique qui est traditionnel à l'hôpital des enfants. Tel qu'il a été décrit par MM. Lenoir, Trousseau et Guersant, il nous a paru incomparablement plus simple et plus facile et plus sûr que toutes les modifications qu'on

a proposées pour les remplacer, et jusqu'à nouvel ordre le mieux me paraît l'ennemi du bien. »

Dans cette thèse, il est fait mention de 124 opérations de trachéotomie sans décès opératoires et 29 guérisons.

M. Bricheteau (*th. de Paris*, 1861) dit que la trachéotomie est en général une opération facile ; mais dans certains cas, chez les enfants principalement, elle se complique de difficultés et peut être suivie d'accidents mortels.

Cependant, sur 164 opérations, il y a un seul cas de mort par refoulement des fausses membranes dans la trachée par la canule. 40 petits malades ont guéri.

Ces faits prouvent que la trachéotomie ordinaire est une excellente opération dont on exagère les difficultés ; vouloir la remplacer par le procédé de Vicq d'Azyr, c'est remplacer une bonne opération par une autre mauvaise, et je ne souscrirai jamais à l'apologie de la chirurgie de la décadence.

M. Verneuil. L'observation dont a parlé M. Desprès a été déjà citée par moi dans la dernière séance, où j'ai dit les difficultés qu'elle avait présentées.

Nous avons soutenu la valeur de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, non pas chez l'enfant, mais chez l'adulte, chez lequel, très souvent la trachéotomie ordinaire présente de grandes difficultés. Au contraire, les chirurgiens qui ont pratiqué la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, la trouvent facile.

Quant à la rapidité de la mort à la suite de cette opération, elle tient non à l'opération elle-même, mais à l'affection qui l'avait rendue nécessaire, et M. Petit a bien montré avec quelle rapidité succombent quelquefois les cancéreux à la suite d'une opération. Souvent la laryngotomie est faite pour prolonger de quelques jours un malade atteint de cancer de la gorge ou du larynx.

M. Desprès. J'ai voulu montrer que ces accidents, dont on n'avait pas parlé, peuvent survenir à la suite de l'opération de Vicq d'Azyr. Un des malades est mort d'hémorragie par ulcération d'un vaisseau par la canule ; pareil fait n'a pas été observé après la trachéotomie.

J'ai fait 56 fois la trachéotomie par le procédé de Trousseau, sans aucun accident préparatoire : j'en ai fait 14 sur les enfants, à Sainte-Eugénie ; une fois sur un enfant de 18 mois ; à Cochin, sur un enfant de 20 mois qui a guéri ; toujours j'ai employé le procédé classique ; une seule fois j'ai fait la section du cricoïde. Je l'ai faite en présence de médecins qui peuvent témoigner de la facilité de l'opération.

En reprenant l'opération de Vicq d'Azyr, nous revenons à une pratique condamnée par Desault, Dupuytren et d'autres.

M. Farabeuf. L'observation de M. Gosselin, citée par M. Desprès, ne prouve rien contre la laryngotomie; il y avait un cancer qui envahissait le cricoïde, il n'est pas étonnant que dans ces conditions, celui-ci se soit rompu.

Il est vrai que cette opération a l'inconvénient de briser le cricoïde, si l'on introduit une canule trop volumineuse ; d'ailleurs, la section du cricoïde ne complique pas l'opération.

Quant à la seconde observation, celle de M. Verneuil, l'espace situé entre le cricoïde et le sternum était si court que la trachéotomie ordinaire eût été impossible ; cependant il fallait intervenir, ce qui a permis de faire la laryngotomie.

De plus, dans cette observation, il est dit, à la vérité, que le tronc brachio-céphalique était ulcéré, mais sur sa face antérieure, alors je ne comprends pas l'action de la canule que M. Desprès fait intervenir pour expliquer cette ulcération.

Rapport

Sur une observation de M. Schwartz, intitulée : *Hernie inguinale vaginale testiculaire étranglée; fausse réduction.— Étranglement de la hernie par le collet du sac détaché et refoulé avec elle dans l'abdomen. — Kélotomie. — Guérison.*

Commission : MM. Tillaux, Périer, et Farabeuf, rapporteur.

Un homme de 27 ans portait deux hernies inguinales depuis 6 ans. Elles étaient facilement réductibles et facilement contenues par un double bandage. Cependant l'une d'elles, la droite, celle qui, finalement, va s'étrangler et nécessiter la kélotomie, avait perdu sa docilité : 7 jours avant l'entrée du malade à la maison de santé, cette hernie, échappée au bandage à deux reprises différentes, n'était rentrée que sous de sérieux efforts de taxis exécutés par le sujet lui-même.

Celui-ci fut impuissant à triompher de l'irréductibilité, lorsque pour la troisième fois, en moins d'une semaine, sa hernie droite descendit; 48 heures s'écoulèrent avant l'opération : elles furent bien employées. Ce fut le malade d'abord qui se pratiqua le taxis sans succès. Son médecin vint ensuite, qui échoua deux fois à 24 heures d'intervalle, malgré les bains et le chloroforme. L'interne de l'hôpital fit encore, dans les mêmes conditions, une ten-

tative vaine avant de faire appeler l'opérateur. Et celui-ci ne se résolut à opérer qu'après avoir essayé à son tour de réduire la tumeur. Ces manœuvres n'avaient altéré ni les téguments ni l'intestin. Avaient-elles produit quelque résultat caché, quelque réduction partielle ? Il était impossible de le soupçonner.

M. Schwartz trouva le malade en assez bon état général. Le ventre était modérément ballonné; aucune selle, aucun gaz ne s'échappait par le rectum, et les vomissements fréquents étaient fécaloïdes. La hernie était douloureuse, tendue, rénitente, sonore. Elle ne descendait pas au fond du scrotum et ne se confondait point avec le testicule. Son volume était celui d'un œuf, contenu partio dans le canal inguinal, partie dans la racine des bourses. Il était facile de refouler momentanément le tout au delà de l'orifice inguinal extérieur, mais la réduction ne se complétait pas et ne se maintenait même pas à l'état incomplet.

L'opérateur rencontra et reconnut les faisceaux longitudinaux du crémaster, vit s'échapper du sac 2 ou 3 cuillerées de liquide inodore et reconnut que la hernio était vaginale en apercevant le testicule. Le bistouri boutonné introduit au fond du canal débrida en haut et en dehors. L'anse intestinale difficilement attirée au dehors pour y être examinée, parut, quoique noire et œdématiée, en assez bon état pour être réduite sans danger. Mais la réduction demeurant impossible, il fallut rechercher l'obstacle profond, jusqu'ici inaperçu. C'est ici que l'observation devient intéressante. Tirant de nouveau au dehors l'anse herniée, M. Schwartz en explore le pédicule avec soin : il le voit étranglé dans un anneau libre, sauf à la partie inférieure où deux brides séreuses le rattachent encore au pourtour de l'orifice intérieur du sac herniaire. Cet anneau, coupé entre deux pinces, s'ouvre et laisse rentrer facilement la hernie. M. Schwartz nous dit que le lien constricteur n'était restiforme qu'en apparence. C'était plutôt une virole, une courte gaine tubulaire arrivée par le plissement à la forme annulaire. On peut donc supposer que les efforts de taxis, en refoulant l'intestin, ont emporté par déchirure la portion du goulot du sac qui déterminait l'étranglement, et que cette déchirure est demeurée incomplète du côté inférieur, où persistaient des adhérences.

Mais le malade ayant heureusement guéri, cette explication reste une simple supposition. M. Schwartz signale deux cas analogues au sien, l'un de Laugier (*Bull. de chir.*, I, 359), l'autre de Gosselin (*Clinique*, III, 446).

L'opéré dont il est question ici, n'alla mieux que le lendemain de la kélotomie. Les vomissements ne cessèrent en effet qu'après vingt-quatre heures; le cours même des gaz et des matières se rétablit plus tard encore. Il est vrai de dire que 0 gr. 10 d'opium

avaient été donnés à l'intérieur et qu'un pansement ouaté compressif avait été appliqué sur l'abdomen.

J'ai l'honneur de proposer à la Société d'adresser des remerciements à M. Schwartz et de déposer son manuscrit dans les archives.

Les conclusions du rapport de M. Farabeuf sont mises aux voix et adoptées.

Rapport

Sur un travail de M. Reclus, intitulé : *Observation d'angiome caverneux en communication directe avec la veine jugulaire,*

Par M Farabeuf.

La tumeur congénitale occupe la région parotidienne et retentit sur l'oreille. Sa consistance, son aspect extérieur, sa facile réductibilité, son siège dans la région de la première fente branchiale, l'obscure sonorité, sans doute pharyngienne révélée par la percussion, firent naître l'hypothèse d'une tumeur aérienne en communication avec la caisse du tympan. Mais bientôt, une étude plus attentive des symptômes fit reconnaître la nature vasculaire de la tumeur. M. Reclus, frappé de la facilité avec laquelle celle-ci disparaissait complètement et se reproduisait, pensa que les lacunes du tissu caverneux devaient communiquer largement avec les grosses veines cervicales et quo celles-ci étaient à la fois la voie d'accès et de départ du sang de l'angiome. Sans qu'il soit possible de nier l'existence d'artérioles afférentes, on peut accepter l'opinion de M. Reclus d'autant mieux qu'elle s'appuie sur certains faits anciens et sur la dissection qu'a faite M. Castex, d'une pièce que je lui avais confiée. L'observation de M. Reclus est assez intéressante et assez condensée pour que nous l'imprimions dans nos bulletins.

Discussion.

M. Desprès. J'ai observé un angiome sous-cutané de la partie latérale du cou chez un garçon de quinze ans et demi entré à l'hôpital Cochin le 19 mai 1879.

La tumeur existait depuis plusieurs années sans qu'on pût en préciser le début. Elle était molle, fluctuante, non réductible et sans la moindre augmentation pendant les efforts. Tous les diag-

nostics avaient été posés : lipome, tumeur emphysémateuse, pneumatocèle, etc.

Je diagnostiquai un kyste ganglionnaire. J'avais rejeté le diagnostic de tumeur érectile veineuse parce qu'il n'y avait aucune espèce de réductibilité.

Je pratiquai une petite incision sur cette tumeur comme premier temps de l'ablation. Je trouvai sous la peau une tumeur bleuâtre ; je fis alors une piqûre et il sortit du sang noir. Renonçant alors à une ablation, je fis deux points de suture à la peau. Tout alla bien d'abord, l'enfant qui se levait prit froid dans le jardin et succomba à une phlébite de la jugulaire.

La tumeur était un ganglion transformé en angiome, et ne tenait à la veine jugulaire interne que par une veinule de petit calibre et longue de un centimètre.

M. Farabeuf. Ces tumeurs sont assez rares; dans celle que j'ai rencontrée, la tumeur était remplie par le sang veineux, le sang artériel ne pénétrait pas dans son intérieur, ainsi que l'a démontré l'injection au suif faite dans les artères et qui n'a pas pénétré dans la tumeur ; on trouvait encore sur le cou quelques petites tumeurs molles d'apparence kystique.

Les conclusions du rapport de M. Farabeuf sont mises aux voix et adoptées.

Sur une observation d'angiome caverneux en communication directe avec la veine jugulaire,

par M. Reclus.

Les angiomes sous-cutanés sont mal connus : leur anatomie pathologique, leur symptomatologie même est encore incomplète, et, malgré les remarquables travaux accumulés depuis J.-L. Petit, il est des cas où le diagnostic est obscur. Nous venons d'étudier une tumeur de ce genre, à l'Hôtel-Dieu, dans le service actuel du professeur Le Fort. Nous demandons à la Société de lui soumettre ce fait et les quelques recherches dont il a été l'occasion.

Il s'agit d'un jeune garçon de 19 ans, petit, mais solide et dont les antécédents pathologiques sont nuls : il a toujours été bien portant et, s'il entre à l'hôpital, c'est qu'il s'effraie du développement continu que prend une tumeur de la région parotidienne.

Il avait un ou deux ans, nous dit-il, lorsque ses parents aperçurent une petite grosseur qui pointait au-dessous de son oreille gauche et qui

gonflait pendant les cris ; mais comme elle n'était le siège d'aucune douleur, on ne s'en préoccupa que médiocrement. L'enfance se passa, puis notre garçon vint à Paris, et comme la déformation s'accentuait, il se présenta à l'Hôtel-Dieu, où nous l'avons examiné.

On constate, au niveau de la région parotidienne gauche, une tuméfaction dont les limites ne sont pas fixes : lors de la plus grande tension, lorsque le malade se mouche, se baisse, fait un effort, elle bombe et atteint en haut la conque de l'oreille et l'apophyse zygomatique, en avant le bord antérieur du muscle masséter, en arrière le sterno-mastoïdien, et en bas le bord supérieur du cartilage thyroïde.

La peau est normale, légèrement amincie, cependant ; on ne voit pas se dessiner à sa surface de veines apparentes. La tumeur, qui donne au toucher la sensation d'un ballon dégonflé, est absolument réductible ; elle fuit sous le doigt et, pendant les quelques secondes qu'elle met à se vider, le malade perçoit dans l'oreille correspondante un sifflement doux et continu. La percussion révèle une certaine sonorité en arrière, vers la partie la plus déclive.

Quelle pouvait être la nature de cette tumeur ? On ne songea pas tout d'abord à un angiome ; elle n'en avait aucun des caractères. Dans le tableau classique qu'il nous en a tracé, Broca nous cite la coloration bleuâtre des téguments, la dilatation des vaisseaux de la région, un nœvus cutané sous-jacent, la matité, la réductibilité incomplète, la sensation, au palper, de vers de terre enroulés ou de paquets de ficelle. Aussi la réductibilité absolue et rapide, l'obscure sonorité, le sifflement très net qu'accusait le malade nous firent conclure, au premier examen, à un pneumatocèle en communication avec l'oreille moyenne par coalescence incomplète de la première fente branchiale. Rien de plus simple alors que d'expliquer, dans cette hypothèse, la brusque distension de la tumeur quand le malade se mouche, ou lorsqu'il expire fortement en se fermant la bouche et le nez.

Ce diagnostic fut généralement accepté. Mais bientôt nous dûmes reconnaître que la tumeur se gonfle au moindre effort ; tout acte qui gêne et ralentit la circulation dans les gros troncs veineux du cou, provoque une distension rapide ; ne suffit-il pas d'ailleurs, pour l'obtenir, de pincer, entre deux doigts, l'extrémité inférieure du sterno-mastoïdien et les vaisseaux qu'il recouvre? Il ne peut plus s'agir ici d'air refoulé par la trompe d'Eustache ou le ventricule du larynx dans une poche sous-cutanée, et l'on songea à une tumeur vasculaire. Cette opinion s'affermit par la constatation, sur la moitié gauche du voile du palais et sur le pilier antérieur correspondant, d'une coloration bleuâtre et d'un lacis veineux abondant.

Encore devions-nous expliquer la sonorité de la partie déclive, et le sifflement doux si nettement perçu par le malade lorsqu'on

comprime l'angiome. Pour la sonorité, assez obscure d'ailleurs, elle tient évidemment à la présence de la cavité pharyngienne; car elle disparaît en haut et même en bas et en arrière lorsque la percussion ne réalise pas certaines conditions indispensables. Quant au sifflement, nous l'attribuerions volontiers aux vibrations produites par la fuite rapide du sang et communiquées, des parois de la veine, aux os qui enveloppent l'oreille interne.

L'accroissement rapide qu'a pris cet angiome, peut-être congénital, en tous cas apparu dans les premières années de la vie, nous explique l'arrêt de développement des muscles et des os voisins. La moitié corespondante du maxillaire inférieur est nettement plus grêle ; la branche horizontale et la branche montante mesurent l'une et l'autre 2 centimètres de moins; leur épaisseur est aussi diminuée; le masséter et le sterno-mastoïdien sont manifestement atrophiés.

Ce qui nous frappe surtout dans cette observation, c'est la réductibilité complète de la tumeur : elle s'affaisse sous le doigt et s'évanouit, pour ainsi dire, à la moindre pression. Ce fait est exceptionnel dans les angiomes ; il faut admettre, pour l'expliquer, que les lacunes, les alvéoles du tissu caverneux communiquent à plein canal, avec les grosses veines de la région; la voie d'écoulement est assez large pour qu'en quelques secondes, le sang soit chassé dans la jugulaire. Mais la tumeur se remplit aussi vite qu'elle se vide et prend le développement que nous lui connaissons. D'où vient alors le liquide et quels vaisseaux l'amènent dans l'angiome?

D'après l'opinion classique, les angiomes sont un lieu de passage; le sang arrive par les artères et sort de la tumeur par les veines efférentes : Broca accepte cette idée sans discussion et Virchow la défend contre Rokitansky, Busch, Esmarch et Frérich. Pour lui, « dans toute la série des angiomes caverneux, les artères amènent le sang et le conduisent dans les espaces du tissu aréolaire, d'où il s'en retourne ensuite par les veines. » Toujours l'injection et la dissection attentive montreraient, sur le pourtour de la tumeur des artérioles qui croîtraient avec le volume et la masse du tissu caverneux Si ses contradicteurs croient à l'autonomie des tumeurs veineuses. c'est qu'ils n'ont pas su chercher et trouver les vaisseaux à sang rouge.

Il se peut que l'assertion de Virchow soit en partie exacte et qu'une minutieuse dissection permette de retrouver toujours quelques minuscules artères en rapport avec la tumeur veineuse, mais nous croyons que dans les cas semblables aux nôtres, ces vaisseaux rouges, s'ils existent, ne jouent qu'un rôle bien secondaire dans le régime circulatoire de l'angiome. Il ne faudrait pas de fins ramuscules à peine visibles et difficilement injectables,

mais de grosses artères, battant sous le doigt pour remplir en quelques secondes une tumeur du volume du poing, et l'on aurait du soulèvement, on entendrait des bruits de souffle, tous phénomènes qui font complètement défaut.

Aussi pensons-nous que certaines tumeurs caverneuses, à connexions étroites avec de gros troncs veineux, se vident dans ces troncs et peuvent s'y remplir. Elles forment une dépendance directe, un diverticule, une sorte de territoire surajouté sans communication très appréciable avec les artères. En tous cas, les changements brusques dans leur équilibre circulatoire n'ont rien à démêler avec le système à sang rouge.

Et cela n'est point une simple vue de l'esprit. M. Castex, aide d'anatomie de la Faculté, nous a communiqué l'examen d'une tumeur érectile du cou trouvée par M. Farabeuf, sur un cadavre de l'École pratique et qui donne une base anatomique sérieuse à cette hypothèse. L'angiome très volumineux avait envahi tout le côté gauche du cou, et s'étendait de l'oreille et du menton jusqu'à la clavicule. « Il paraît être une annexe de la jugulaire externe qui présente, en un point, cinq orifices irréguliers mesurant en moyenne 3 à 4 millimètres de diamètre. Ces vaisseaux, sans valvules, s'ouvrent directement dans des vacuoles du volume d'un gros pois. Au delà de ces vacuoles, il en existe d'autres qui deviennent de moins en moins grandes vers la périphérie. »

Béclard avait déjà reconnu, dans son article Tissu érectile du Dictionnaire en 30 volumes que ces tumeurs « étaient facilement injectables par les veines voisines et difficilement par les artères». N'en est-il pas ainsi dans les angiomes «phlébogènes» si bien décrits par Esmarch et dont il nous donne plusieurs observations. Nous trouvons çà et là, dans les auteurs, quelques exemples analogues. Blandin a disséqué une tumeur érectile du cou où l'on voyait « la jugulaire externe se diviser en un grand nombre de rameaux semblables à ceux de l'artère splénique lorsqu'elle se distribue dans la rate. » Dans un fait de Roux, « la tumeur placée sur la partie latérale du cou et de l'épaule était traversée par la jugulaire externe considérablement dilatée et dont les parois épaisses étaient criblées d'une infinité de trous d'où s'écoulait le sang, pendant la vie, et par lesquels jaillissait, après la mort, la matière des injections. »

De même, Andral a vu une jugulaire où des orifices ouverts sur la paroi interne conduisaient dans le tissu caverneux d'une tumeurt. Nusbaum parle d'un angiome du volume d'un œuf de pigeon es situé au-dessus de la clavicule; les efforts comme la course et le saut le rendaient volumineux et dur; mais il s'affaissait en grande partie pendant le repos. Gascoyen, cité par Virchow, décrit un

angiome de la parotide « où les vaisseaux énormément dilatés et sinueux se transformaient en grandes poches et finissaient par former un tissu caverneux avec des phlébolithes. » Dans un cas de grenouillette sanguine, étudiée par Dolbeau, il existait au cou une tumeur caverneuse en communication avec la jugulaire.

Ces angiomes, dont le tissu caverneux communique largement avec la lumière d'une grosse veine, se sont presque toujours, on le voit, développés au cou et s'ouvrent dans la jugulaire. Il est possible que cette prédilection s'explique par le régime auquel le phénomène de l'effort soumet la circulation veineuse de ce territoire. Le sang arrêté ou même refoulé acquiert une pression fort grande ; il remonte le cours qu'il devait descendre et pénètre dans les vaisseaux courts, sans valvules de la région cervicale. Ces veines se dilatent et, s'il existe, au voisinage, une tumeur érectile, ses aréoles, à parois embryonnaires et peu résistantes, augmenteront de volume et leur dilatation se fera non, comme le veut Virchow, par l'afflux du sang artériel, mais par le reflux du sang veineux.

Ces angiomes, annexés aux gros troncs veineux du cou, devraient être séparés des tumeurs érectiles proprement dites. Leurs aréoles dilatées, en communication directe, par de larges canaux, avec les jugulaires, ne rappellent en rien les nœvi, constitués, comme nous dit Broca, « par la dilatation et la multiplication des vaisseaux qui transmettent le sang des artères aux veines ». Leur anatomie pathologique, leur mode de développement, leur symptomatologie ne sont pas les mêmes. Ne vaudrait-il pas mieux les décrire comme une espèce spéciale, ainsi qu'on l'a fait pour les anévrismes cirsoïdes qui semblent être au système artériel ce que nos tumeurs sont au système veineux.

Ces développements pourraient, il nous semble, se résumer en quelques propositions :

1° Il existe, à la région cervicale, des angiomes caverneux absolument réductibles et dont la diagnostic est parfois malaisé;

2° Les vastes aréoles de leur tissu communiquent largement et par des canaux sans valvules avec les veines jugulaires ; de là leur réductibilité remarquable;

3° Une fois vidées ces tumeurs se remplissent très rapidement non, comme le veut Virchow, par les artérioles afférentes dont l'apport est négligeable, mais par le reflux du sang des gros troncs veineux dans les alvéoles dilatés;

4° Ces angiomes qui semblent être au système veineux ce que les anévrismes cirsoïdes sont au système artériel, devraient être séparés des tumeurs érectiles ordinaires dont elles diffèrent essentiellement.

Bibliographie. — ANDRAL. — *Précis d'anatomie pathologique.* Paris, 1829, t. II, p. 401.

BÉCLARD. — *Art. tissu érectile; dict. en* 30 *vol.;* t. XII, p. 210.

BOECKEL (E.). — *Tumeurs érectiles, in Dict. de Jaccoud;* t. XIII, p. 730.

BROCA. — *Traité des tumeurs ;* t. II, p. 160.

BUSCH. — *De nexu inter hygromata cystica congenita,* etc., etc. Bonn, 1856, p. 5.

COMPENDIUM DE CHIRURGIE. — *Tumeurs érectiles*, p. 626.

CORNIL et RANVIER. — *Manuel d'histologie.* Angiome, p. 284.

DOLBEAU. — *Grenouillette sanguine, Union médic.* 1857, n° 117, p. 478.

ESMARCH. — *Virchow's Archiv.;* t. IV, p. 53.

FOLLIN. — *Traité élém. de path. ext.;* tumeurs érectiles; t. I, p. 204.

GASCOYEN. — *Trans. of the path.* London, 1860; vol. XI, p. 267.

NUSSBAUM. — *Bayr. arztl. Intelligenzblatt.* 1861 ; n° 47, p. 679.

ROKITANSKY.— *Handb. der path. anat ; Wien ;* 1846; t. I, p. 446.

TERRIER. — *Manuel de path.;* t. I, p. 297.

VIRCHOW. — *Path. des tumeurs;* t. IV, p. 1.

Discussion sur les fistules recto-vulvaires.

M. TILLAUX. Je viens répondre à l'appel qui nous a été adressé par M. Verneuil; les fistules recto-vulvaires par la difficulté de leur guérison méritent, en effet, d'attirer l'attention. Elles tiennent souvent en échec le chirurgien.

M. Trélat, dans sa communication, nous a cité plusieurs observations et nous a fait connaître un procédé d'opération qui a donné un succès dans le cas où il a été employé.

Je vous demande la permission de vous faire connaître aussi les faits que j'ai vus et opérés et le procédé que j'ai suivi.

C'est à Cochin en 1859, lorsque j'étais interne de M. Gosselin, que je vis ma première malade atteinte de fistule recto-vulvaire. Dolbeau avait d'abord incisé le périnée, sans doute pour le restaurer ensuite; Gosselin fit la périnéorrhaphie, mais la fistule se reproduisit; je ne sais plus exactement si M. Gosselin fit plusieurs tentatives d'opération, mais j'ai suivi la malade pendant plusieurs années, et il subsistait toujours une fistulette ano-vulvaire. Cette malade s'est mariée et la fistule a passé inaperçue.

J'ai vu plusieurs faits de ce genre, des malades ayant une fistule qui les gêne peu et qui donne seulement quelquefois passage aux

liquides et aux gaz, surtout quand il y a de la diarrhée. Les mari ne se doutent pas de cette petite infirmité.

La deuxième malade est celle dont M. Verneuil a parlé dans sa communication; je lui fis la périnéorrhaphie, mais la fistule recto-vulvaire persista, M. Verneuil a depuis opéré cette malade.

La troisième est une malade de la ville, chez laquelle une déchirure du périnée laissa une fistule, je l'opérai deux fois sans succès.

La quatrième malade est une jeune dame russe, opérée trois fois sans succès à Saint-Pétersbourg, qui vint à Paris en 1879 pour se faire soigner.

J'avais été frappé de la difficulté du traitement dans ces cas, et, bien convaincu que c'était surtout le passage des gaz et des matières qui étaient la cause des échecs, je fis construire, il y a 7 ou 8 ans, une petite pince spéciale, dans le genre de la pince de Desmarres, agrandie, dans le but d'empêcher ce passage. Cette pince dont une des parties est introduite dans le rectum et l'autre placée sur la vulve, facilite l'avivement.

Pour ma quatrième malade, M. Collin me construisit une pince dont les mors étaient formés par deux anneaux, ayant de 11 à 12 millimètres dans leur grand diamètre. Je fis un large avivement en surface comme le conseille M. Trélat, puis une suture à boutons, et je plaçai la pince après l'opération, ayant recouvert de baudruche l'anneau placé dans le rectum. De plus, je plaçai une sonde dans le rectum, mais elle ne put être supportée.

La pince resta en place; la guérison fut complète.

Ma cinquième malade portait une autre variété de fistules, celle-ci consécutive à un abcès.

Il y a, en effet, deux sortes de fistules recto-vulvaires :

Les unes consécutives à l'accouchement et dues une à rupture du périnée; elles se produisent, que la restauration ait été spontanée ou l'œuvre du chirurgien; les bords de la fistule sont alors minces, comme parcheminés.

Les autres se montrent à la suite des abcès de la cloison ; elles ont alors un trajet et ne sont plus un simple orifice comme la première variété; elles guérissent plus rapidement.

Ma malade a guéri par la cautérisation au galvano-cautère.

En résumé, sur les quatre fistules de la première variété, une seule a guéri.

Mes observations montrent donc bien aussi la difficulté de la thérapeutique de cette lésion, qui mérite, à cause de cela, d'attirer l'attention.

M. Trélat. J'ai opéré dernièrement, par mon procédé, une jeune femme dont j'ai parlé dans ma première communication; je crois

à une guérison. Je ferai une observation au sujet de la nomenclature de ces fistules.

La seconde variété dont a parlé M. Tillaux, traverse l'épaisseur du périnée et, à cause de cela, elle a un trajet; elle succède à un abcès par exemple, ou peut être congénitale.

Quant aux fistules que M. Verneuil dénomme recto-vulvaires, on devrait les appeler recto-vaginales, car c'est bien dans le vagin qu'elles s'ouvrent; elles se produisent après les déchirures du périnée, sont relativement communes et sont les plus difficiles à guérir.

Enfin, je dirai que, dans mon procédé, l'emploi de la pince de M. Tillaux est impossible, le mode de suture ne le permet pas.

Pour protéger davantage la fistule contre le passage des gaz ou des liquides, je compte ajouter à mon opération une suture faite du côté du rectum et comprenant la muqueuse, celle-ci ayant été refoulée en bas par le vagin, selon le procédé de retournement de M. Tarnier.

M. Verneuil. Après la communication de mes collègues, je m'applaudis d'avoir porté cette question devant la Société.

Je dirai à M. Tillaux que je considère la présence des corps étrangers dans l'anus ou le rectum comme un danger; je pense que, dans la plupart des cas, la pince ne serait pas tolérée.

Au sujet de la nomenclature des fistules, ce n'est pas deux, mais trois variétés qu'il faudrait admettre;

Les fistules recto-vaginales supérieures, s'ouvrant plus ou moins haut dans le vagin;

Les fistules recto-vaginales inférieures qui s'ouvrent à la limite supérieure du triangle périnéal; elles se montrent après l'accouchement ou la périnéorrhaphie; elles peuvent être placées très bas, car après l'accouchement le périnée s'amincit, la cloison recto-vaginale est pour ainsi dire prolongée;

Enfin, les fistules recto-vulvaires qui traversent le périnée.

On pourrait encore diviser ces fistules en fistules temporaires, dont la dernière de M. Tillaux nous offre un exemple, et en fistules permanentes, qui ne peuvent guérir que par une opération anaplastique.

M. Trélat. J'ajouterai quelques mots au sujet de la manière dont je comprends le mode de formation de ces fistules.

Les accoucheurs disent qu'elles sont consécutives à la compression de la cloison; je ne crois pas que cela soit exact.

Au moment de la sortie de la tête, il se fait une déchirure incomplète de la partie inférieure du périnée; en même temps, au-dessus de ce point, le périnée et la cloison s'amincissent, et il se fait là

une rupture incomplète, une déchirure, qui formera bientôt la fistule, située au-dessus de la déchirure périnéale.

Si l'orifice vaginal de la fistule paraît être plus antérieur, cela tient à la déchirure du périnée, qui agrandit la vulve ; mais en réalité, le périnée étant reconstitué, l'orifice est assez profondément placé.

Dans l'opération, il faut avoir soin de rétablir tout ce qui a été déchiré.

M. Monod. Je profite de cette discussion pour demander l'avis de mes collègues au sujet d'une malade que je dois opérer.

L'orifice de la fistule est immédiatement rétro-vulvaire, le trajet traverse le périnée, et l'orifice profond est à deux centimètres dans le rectum ; la fistule est consécutive à un abcès.

J'ai fait la dilatation de l'anus et j'ai employé la méthode américaine sans succès ; j'ai traversé la fistule avec une tige du galvanocautère et je crois avoir perdu un peu de tissu. Après cet insuccès, j'avais pensé à fendre le périnée et à faire la périnéorrhaphie, après avoir détruit le trajet fistuleux par avivement ou par raclage.

M. Le Dentu. J'ai fait, il y a dix-huit mois environ, une opération de fistule recto-vulvaire, consécutive à un accouchement, et dont le mécanisme m'avait paru être tel que M. Trélat vient de l'indiquer ; il y eut rupture partielle de la cloison et agrandissement de la vulve.

L'opération que j'ai faite se rapprochait de celle qui a été décrite par M. Trélat ; j'incisai en avant de la fistule, j'excisai les bords de celle-ci avec soin, puis je plaçai deux plans de sutures, des sutures profondes et des sutures superficielles, prenant beaucoup de précautions; il y eut ainsi deux ou trois points de suture du côté du vagin.

Mais l'état général de la malade laissait à désirer, elle était anémique, avait beaucoup de flueurs blanches, aussi le résultat fut-il incomplet; en quelques points, j'obtins une réunion secondaire. En résumé, la fistule s'est reproduite, mais en restant plus petite qu'avant ; la malade ne s'est pas soumise à une nouvelle opération.

M. Guéniot. Je désire dire quelques mots sur l'étiologie des fistules; l'explication donnée par M. Trélat me paraît hypothétique, je n'ai rien vu de semblable, jamais je n'ai vu de rupture partielle du périnée et de la cloison avec conservation d'un pont entre les deux déchirures.

Dans l'accouchement, le triangle périnéal disparaît, il est laminé, la muqueuse vaginale est propulsée et vient faire hernie à la vulve, elle peut se déchirer, il est vrai, sans que le périnée soit atteint ;

mais il ne se forme pas de perforation, car la muqueuse rectale se dilate beaucoup.

Je ne comprends donc pas bien la pathogénie admise par M. Trélat.

M. Desprès. Je conseillerais à M. Monod d'appliquer chez sa malade le procédé de dérivation que j'ai décrit lors de la discussion précédente.

M. Verneuil. Chez la malade de M. Monod, on est loin de la région difficile et je trouve que le plan adopté par M. Monod est celui qui convient le mieux; il faut transformer la fistule en une plaie, puis faire la périnéorrhaphie.

L'observation de M. Le Dentu montre qu'il y a deux causes d'insuccès : les dispositions de la région et l'influence de l'état général; je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance de cette dernière cause.

Il ressort aussi de cette discussion qu'il faut employer des procédés différents suivant la variété de la fistule.

Chez une malade comme celle de M. Monod, la périnéorrhaphie simple suffira.

Dans un autre cas, il faudra employer le procédé de M. Trélat, faire un avivement large et placer deux plans de suture.

Mais ce procédé ne sera plus applicable si la fistule est à deux ou trois centimètres de profondeur.

Dans d'autres cas, la cautérisation sera utile ; M. Duplay vient de guérir une malade à laquelle j'avais fait, il y a quelque temps, un avivement par les caustiques en agissant à la fois du côté du vagin et du rectum ; M. Duplay a fait une suture vaginale qui a été suivie de succès; on peut supposer que la cautérisation déjà subie a facilité ce résultat.

M. Trélat. Je répondrai à M. Guéniot que je persiste dans mon explication ; dans l'accouchement, le corps périnéal n'existe plus, il y a une rupture périnéale incomplète, on ne voit qu'elle, on ne regarde pas plus profondément. La déchirure superficielle guérit, mais la fistule se constitue au-dessus.

Pendant mon passage à la Maternité, j'ai constaté en même temps que des déchirures périnéales, des troubles rectaux et ces lésions recto-vaginales peuvent amener à leur suite des fistules.

M. Guéniot. Je répète que je n'ai rien vu de semblable à ce qu'indique M. Trélat, mais du moment où il a observé ces lésions, cela suffit pour que je n'insiste pas.

M. Labbé. M. Verneuil a fait avec raison une distinction entre les fistules suivant leur profondeur.

Je veux citer un fait : en 1872, j'ai eu à soigner une fistule déjà opérée sans succès ; je fis la section complète du périnée, puis je restaurai celui-ci, le succès fut complet.

Quand la fistule est d'une certaine grandeur, je crois qu'il est avantageux de faire la section du périnée et une périnéorrhaphie immédiate.

Élection.

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire.

Au premier tour de scrutin, M. Marchand obtient 25 voix sur 32 votants.

En conséquence, M. le Président proclame M. Marchand membre titulaire de la Société de chirurgie.

La séance est levée à 5 heures 30 minutes.

Le Secrétaire,

Nicaise.

Séance du 10 mai 1882.

Présidence de M. Labbé.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin de la Société de chirurgie. — Revue médicale de l'Est. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — Lyon médical. — Marseille médical. — Gazette médicale de Strasbourg.*

3° *British médical.*

4° Une lettre de remerciements de M. le Dr Marchand, chirurgien des hôpitaux, nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

5° M. le baron Larrey offre à la Société, de la part de Mme Chassaignac, une brochure intitulée : *Abcès des os*, par le Dr Chassaignac; de la part de M. Ch. Fauvel : l'*Histoire d'une balle dans le larynx*.

6° M. Giraud Teulon offre une brochure intitulée : *Analyse critique des systèmes chromatiques de Donders*.

7° M. Anger offre, au nom de M. Camuset, de Dijon, une *observation d'angiome caverneux capsulé de l'orbite.*

8° M. Polaillon offre au nom de M. Ladreit de Lacharrière une monographie intitulée : *Des maladies de l'oreille,* extrait du dictionnaire encyclopédique.

A propos du procès-verbal.

M. Trélat. J'ai demandé la parole pour faire connaître le résultat définitif de l'opération de fistule recto-vaginale faite à la seconde malade dont j'ai parlé dans la discussion précédente.

L'opération a été faite le 14 avril par le procédé dont j'ai donné la description; j'ai examiné la malade le 4 mai, la guérison était définitive ; c'est le second cas de guérison que j'obtiens, sur deux opérations faites par mon procédé.

Il consiste, vous vous le rappelez, à opérer comme s'il s'agissait d'une périnéorrhaphie pour déchirure incomplète du périnée ; avivement sur la muqueuse vaginale de 12 millimètres en arrière et sur les côtés de la fistule, puis avivement de la nouvelle fourchette ; deux points de suture profonde dont les chefs sont enroulés sur des lames de plomb ; et enfin, suture superficielle, vaginale et périnéale.

M. le Président invite M. Marchand, nommé membre titulaire, à prendre place au milieu de ses collègues.

M. le Président annonce à la Société que M. Duplouy, de Rochefort, membre correspondant, assiste à la séance.

Rapport

Sur un travail de M. Redard, intitulé : *Sur la température locale des articulations à l'état normal et pathologique*,

par M. Nicaise.

La recherche de la chaleur locale a de tous temps attiré l'attention des médecins, et en s'y livrant l'on ne veut pas découvrir à nouveau aujourd'hui l'un des quatre signes cardinaux établis par Celse, comme démontrant l'existence d'une inflammation.

Mais à côté des cas où l'inflammation est évidente, il y en a où presque tous les signes manquent, et où la recherche de la température locale, tout à l'heure pour ainsi dire inutile, devient alors d'un grand secours pour dénoter la présence d'une inflammation, ou au moins d'une irritation, d'une activité plus grande des processus nutritifs, tels, par exemple, que ceux qui se montrent dans une tumeur en voie d'accroissement rapide.

De plus, on a pensé que peut-être on trouverait par l'examen de la température de la peau, des renseignements sur la présence ou l'état d'une inflammation profondément placée, ou située dans les organes d'une cavité splanchnique.

C'est sur ces derniers cas que l'attention s'est portée plus particulièrement depuis quelque temps.

Les recherches sur la température locale s'appuient sur un certain nombre de principes physiologiques, que, sans vouloir entrer dans de longs développements, je crois utile de rappeler, afin de permettre de mieux juger de la valeur des données fournies par l'observation directe.

La production de la chaleur animale est le résultat de combinaisons chimiques, de phénomènes de nutrition, qui s'accomplissent dans tous les points du corps, mais avec une intensité variable selon les régions et les organes, selon l'état de repos ou de mouvement, selon l'état de santé ou de maladie.

La chaleur ainsi produite est collectée par le sang veineux et répartie dans tout l'organisme par le sang artériel ; il en résulte que la chaleur d'une région dépend en partie de la quantité des vaisseaux ou de conduits de chaleur qu'elle renferme, en tant que ces vaisseaux transportent une plus grande quantité de sang ; car il ne faut pas confondre ici la quantité des vaisseaux, avec la quantité de sang.

Dans chaque région, la température dépend non seulement des phénomènes de nutrition et de la quantité de sang, mais elle peut

être modifiée par des causes de refroidissement : le sang artériel se refroidit à mesure qu'il s'éloigne du cœur et le sang des veines superficielles est refroidi par les milieux ambiants.

Ainsi les veines, quoique les organes collecteurs de la chaleur animale, peuvent dans certaines régions renfermer du sang qui présente une température inférieure à celle du sang de l'artère correspondante. Le sang des artères carotides et fémorales est plus chaud que celui des veines jugulaires et fémorales. Cependant la température du cœur droit est d'après Budge plus élevée que celle du cœur gauche de 0°,5 à 0°,6. Cela tient à l'apport considérable de chaleur effectué par les veines profondes et plus particulièrement par les veines porte et hépatiques.

Ces différences de phénomènes nutritifs, de quantité de sang et de causes de refroidissement nous expliquent donc pourquoi à l'état normal toutes les régions du corps n'ont pas la même température.

La température des membres est inférieure à celle du tronc et de ses cavités, et celle des mains et des pieds est généralement inférieure de 5° à 6° à celle des parties centrales et va rarement au-dessus de 32° (Budge).

J'ajouterai que d'après Hankel, la température de la peau varierait à l'état de repos, d'un moment à l'autre, mais dans la proportion de quelques centièmes de degré seulement, de plus elle serait abaissée pendant le travail musculaire et s'élèverait après ce travail. Enfin la sécrétion de la sueur s'accompagne d'une augmentation de température de la peau.

Une des difficultés de l'étude des températures locales, c'est l'absence d'instruments parfaits, car la plupart des thermomètres employés sont défectueux et exposent à des erreurs, et les instruments plus exacts ne sont pas pratiques et ne peuvent servir que pour les recherches scientifiques, à cause de la difficulté de leur manœuvre et de leur transport.

L'on a fait construire des thermomètres à cuvette en spirale, à cuvette aplatie ou conique, comme dans le thermomètre de M. Voisin.

— Pour mes recherches sur ce sujet j'ai fait construire par Baudin des thermomètres à cuvette plate à maxima et à zéro, qui sont très exacts et très sensibles, mais qui peuvent exposer à des erreurs à cause de l'affaissement des parois de la cuvette, qui cèdent quand elles sont trop minces ou les pressions trop fortes.

Les appareils thermo-électriques, tels que ceux employés par Hankel, par Nobili, donnent des résultats meilleurs, mais ils ne peuvent pas être d'un usage journalier au lit du malade.

C'est avec un appareil de ce genre que M. Redard a fait ses re-

cherches. Il a eu l'obligeance de venir dans mon service avec son appareil et j'ai pu ainsi juger du degré de précision de celui-ci et des particularités de sa manœuvre.

Heureusement dans la pratique une aussi grande précision n'est pas nécessaire le plus souvent, et la recherche de la température faite avec la main, que l'on peut éduquer spécialement à cet effet, suffira généralement, pour dénoter l'existence d'un travail inflammatoire ou irritatif, surtout en ayant soin d'explorer toujours simultanément la région symétrique.

Le travail lu par M. Redard porte sur la température locale des articulations ; il nous a fait connaître les conclusions auxquelles ses recherches l'ont conduit.

M. Redard a constaté qu'à l'état normal la température de la peau des articulations peut varier de 4°, 5°, 6° selon l'état de la température extérieure et selon que la région était protégée ou exposée à l'air.

La température des articulations diminue à mesure que l'on s'éloigne du tronc, et elle est plus élevée dans le sens de la flexion et au voisinage des gros vaisseaux.

Les mouvements élèvent la température de l'articulation et du membre correspondant.

A l'état pathologique, M. Redard dit que la recherche de la température locale n'est utile que pour les articulations superficielles; les articulations coxo-fémorales et scapulo-humérales sont recouvertes par une trop grande épaisseur de parties molles. Cette observation peut être juste pour le cas où le travail qui se fait dans l'articulation est peu considérable, mais elle cesse de l'être pour les arthrites vives et en particulier pour celles de l'épaule, car dans ce cas la température locale de la région est augmentée ; d'ailleurs, les arthrites amènent le plus souvent une augmentation de chaleur de tout le membre correspondant.

Dans l'entorse, la contusion de l'articulation, les épanchements sanguins, la température varie selon le degré d'inflammation dont ces lésions s'accompagnent.

M. Redard fait remarquer avec raison que quelquefois la température reste élevée, quoique le membre paraisse revenu à son état normal. Ceci indique qu'il persiste de l'inflammation articulaire, ce qui est une donnée importante pour le traitement.

Dans les arthrites, l'élévation de température est plus considérable; elle peut aller à 2°, 3° dans l'arthrite traumatique.

Mais jamais la température locale ne s'élève au-dessus de la température générale ; dans les arthrites, elle augmente dans tout le membre correspondant.

M. Redard dit que dans l'hydarthrose, il y a toujours (?) une

augmentation de température et aussi dans les épanchements articulaires consécutifs à des fractures, ce qui devrait faire rejeter l'idée d'une simple infiltration de liquides dans l'articulation.

Les corps étrangers articulaires s'accompagnent souvent d'une élévation de température ; celle-ci serait faible dans l'arthrite sèche.

Dans la tumeur blanche, au contraire, l'élévation est plus considérable et n'est pas la même sur tout le pourtour de l'articulation; elle est plus grande dans les points où le travail inflammatoire est plus actif, par exemple, au niveau des amas fongueux. Mais M. Redard ajoute qu'autour des trajets fistuleux, la peau présente un abaissement thermique par rapport à la température des parties voisines ; il y aurait là un fait à contrôler et à expliquer.

Enfin, dans les ankylosos anciennes, on trouve une élévation de 0°,5 à 1°, ce qui est un indice important pour la thérapeutique.

L'on manque en effet de données précises pour savoir quand on doit commencer à imprimer des mouvements à une articulation qui vient d'être malade. Malgaigne avait posé en principe que l'on devait attendre qu'il n'y eût plus de points douloureux à la pression; Bouvier disait que les mouvements, pour être utiles, ne devaient pas être accompagnés ou suivis de douleurs vives; on pourrait ajouter à ces préceptes celui de ne commencer les mouvements que quand la température locale se rapproche du chiffre normal; j'ai maintes fois constaté les avantages de cette pratique.

En résumé, la plupart des conclusions de M. Redard sont en accord avec les principes généraux qui se rapportent à l'étude de la chaleur animale ; il montre que toutes les lésions inflammatoires des articulations s'accompagnent d'une augmentation de température locale, et il fait remarquer l'importance de cette élévation, dans l'entorse ancienne et les ankyloses, alors que l'on pourrait croire que toute inflammation a cessé.

Quelques-unes des conclusions auraient sans doute besoin d'être confirmées par des *observations plus variées*, *plus répétées*. Néanmoins, ce travail est intéressant et nous vous proposons d'adresser des remerciements à l'auteur, et d'insérer ses conclusions dans vos bulletins.

Discussion.

M. Farabeuf. Je désirerais savoir si M. Redard a fait des études comparatives de la chaleur du genou et de la partie moyenne de la cuisse, et s'il a également étudié les variations diurnes de la température locale.

M. Nicaise. Le travail de M. Redard ne dit rien de ces différents points ; j'ajouterai que les variations diurnes de la température locale ont déjà été étudiées, par Hankel, en particulier.

Les conclusions du rapport de M. Nicaise sont mises aux voix et adoptées.

Sur la température locale des articulations à l'état normal et pathologique,

par M. P. Redard.

Conclusions :

1° *A l'état normal*, la température de la peau qui recouvre les articulations est variable. Suivant la température extérieure, suivant que le membre est protégé ou exposé à l'air libre, on note des variations de 4°, 5°, 6°.

2° A mesure que l'on s'éloigne du tronc, la température locale des articulations diminue.

La moyenne des chiffres obtenus pour les articulations principales, est (Recherche avec les appareils thermo-électriques) :

Articulation du genou......	Face antérieure........	33°.
	Face postérieure (creux poplité)............	35°,5.
Articulation tibio-tarsiennne.	Face antérieure........	34°.
	Parties latérales.......	33°,5.
	Face postérieure.......	33°,5.
Articulation du coude......	Face antérieure........	35°,5.
	Face postérieure (au niveau des culs-de-sac).	33°.
Articulation du poignet.....	Face antérieure........	33°.
	Face postérieure.......	30°,5.

3° La température locale des articulations est plus élevée dans le sens de la flexion, et au voisinage des gros vaisseaux, que dans le sens de l'extension.

4° Les mouvements répétés (flexion et extension) pendant 5 à 6 minutes, élèvent localement la température de l'articulation en travail (8/10° à 1°). La température du membre correspondant s'élève dans des points assez éloignés de l'articulation en mouvement, c'est ainsi que les mouvements de l'articulation tibio-tar-

sienne élèvent la température du membre correspondant jusqu'à sa racine (2 à 4/10es).

5° *A l'état pathologique*, la thermométrie locale ne peut donner des renseignements précis et utiles que dans l'exploration des articulations superficielles.

Les articulations profondes (coxo-fémorale, aisselle) peuvent être violemment enflammées, alors que la température de la peau qui les recouvre est à peine élevée de 2 à 4 dixièmes de degré.

6° *Dans l'entorse*, la température locale de l'articulation malade s'élève quelques heures après l'accident, atteint son summum du deuxième au quatrième jour, et diminue ensuite.

Dans les cas d'entorse compliquée (épanchement sanguin, arthrite grave), la température reste élevée pendant toute la durée de l'affection.

Dans certains cas, la température reste élevée pendant longtemps, bien que le membre paraisse en apparence revenu à l'état normal. L'élévation de la température est importante à constater ; elle indique la persistance de l'inflammation articulaire, accusée en outre dans quelques cas par de la gêne dans les mouvements, des douleurs.

La recherche de la température locale donnera donc dans les cas *d'entorse chronique* des renseignements sur l'état de l'articulation et servira, par conséquent, de guide au traitement.

7° *Dans la contusion articulaire*, l'élévation de la température locale est en rapport avec la violence du traumatisme et le degré de l'inflammation articulaire.

8° *Dans les épanchements sanguins articulaires,* la température locale s'élève du troisième au quatrième jour pour rester plus ou moins élevée, suivant la nature de l'arthrite consécutive.

9° *L'arthrite traumatique* s'accompagne d'élévation de température au niveau et au voisinage de l'articulation atteinte (2°, 3°).

Dans les cas où l'articulation *doit suppurer*, l'élévation thermique est très notable et se rapproche de la température générale.

Dans aucune de nos observations la température locale ne s'est élevée au-dessus de la température générale.

10° *Dans les arthrites aiguës, d'origine rhumatismale, blennorrhagique, puerpérale*, l'élévation thermique locale est très notable.

11° La température dans ces cas ne s'élève pas seulement au niveau de l'articulation malade, mais encore dans son *voisinage et même dans tout le membre correspondant.* Le maximum de l'élévation existe au niveau du foyer inflammatoire.

Dans les cas de fièvre intense, la température générale de la

peau s'élève et tend à se rapprocher de la température générale; — C'est ainsi que dans un cas d'arthrite rhumatismale violente nous avons obtenu.

Température du genou malade	—	37,3
Température du genou sain	—	36,2
Température générale	—	38°.

12° *L'hydarthrose* s'accompagne toujours d'une élévation de température (5 dixièmes à 1°), variable suivant la nature de l'affection.

Dans l'hydarthrose chronique d'origine rhumatismale l'élévation varie entre 5 dixièmes et 1°. — Dans l'hydarthrose traumatique, elle varie entre 1° et 2° au début de l'affection.

Dans les épanchements articulaires consécutifs à des fractures (hydarthrose consécutive à la fracture du fémur), la température de l'articulation voisine de la fracture s'élève quelques heures après l'apparition de l'épanchement, ce qui indique que dans ces cas il existe une contusion ou un ébranlement articulaire avec arthrite et non une simple infiltration de liquide dans l'articulation. (Voir conclusions 7° et 8°.)

13° *Les corps étrangers articulaires* s'accompagnent souvent d'une élévation locale de la température, qui indique la coexistence d'une inflammation articulaire.

14° *Dans les tumeurs blanches*, la température locale donne des renseignements utiles.

Au niveau des fongosités superficielles, la température locale comparée à celle des parties voisines est plus élevée de 3 à 5 dixièmes.

L'hydarthrose élève moins la température locale que l'arthrite fongueuse.

Au moment *de la formation du pus*, la température de l'articulation s'élève principalement au niveau des fongosités articulaires ou osseuses en voie de transformation purulente.

Autour des trajets fistuleux, la température de la peau comparée à celle des parties voisines, présente un abaissement thermique.

15° *Dans l'arthrite sèche*, la température locale ne subit pas de variations notables, les élévations observées ne dépassent pas 3 à 4 dixièmes.

16° *Dans les ankyloses anciennes, on trouve souvent des élévations de la température locale de 5 dixièmes à 1°.*

Ces élévations indiquent un certain degré de persistance d'inflammation articulaire. L'étude de la température locale pourra fournir dans ces cas d'utiles indications pour le traitement.

Lectures.

M. Guichard, d'Angers, lit une *observation d'opération césarienne suivant le procédé de Porro.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Guiniot, Polaillon et Lucas Championnière, rapporteur.

M. Beauregard, du Havre, lit un mémoire sur *l'ostéotomie du tarse dans le traitement du pied bot invétéré.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Chauvel, Marchand et Polaillon, rapporteur.

M. Schwartz lit une *observation de trépanation pour un cas de fracture avec enfoncement de la voûte du crâne.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Farabeuf, Pozzi et Chauvel, rapporteur.

La séance est levée à 5 heures vingt minutes.

Le Secrétaire,

NICAISE.

Séance du 17 mai 1882.

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris ;

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Annales de gynécologie. — Lyon médical. — Bulletin général de thérapeutique. — Journal de thérapeutique de Gubler. — Bulletin médical du Nord. — Montpellier médical. — Journal de médecine.— Revue de médecine. — Revue de chirurgie. — Revue scientifique.*

3° *British medical. — La Gazette de santé militaire de Madrid. — L'école de médecine de Mexico. — La Chronique médico-chi-*

rurgicale de la Havane. — *La Nouvelle Gazette d'hygiène de Washington;*

4° M. Polaillon offre de la part de M. Martel, de Saint-Malo, trois observations : 1° *Epithelioma et polype des canaux galactophores;* 2° *Gangrène traumatique de la main ;* 3° *Rupture de la vesicule biliaire* (Rapporteur, M. Polaillon) ;

5° M. Daniel Mollière, membre correspondant, adresse un mémoire intitulé : *De l'extirpation préventive des fongosités périarticulaires* (Lecture en sera donnée dans une des prochaines séances);

6° Une lettre de M. Dunand, de Genève, annonçant l'ouverture d'un *Congrès d'hygiène à Genève* et demandant que la Société de chirurgie veuille bien désigner des délégués.

Rapport

Sur un travail de M. A. Guichard, d'Angers, intitulé : *Opération césarienne suivant le procédé de Porro, chez une femme présentant une cyphose dorsale avec rétrécissement transversal du détroit inférieur et bassin oblique ovalaire* [1],

par M. Lucas-Championnière.

Messieurs,

L'opération de Porro ou opération césarienne suivie de la résection de l'utérus et de ses annexes a beaucoup fait parler d'elle depuis quelques années. Il y a un bon nombre d'opérations faites, pas mal de mémoires publiés. Je ne sais pourtant si on est encore en droit de porter un jugement définitif sur la valeur de cette opération. Il s'agit en effet d'une question fort complexe, qu'une statistique, si intelligente qu'elle soit, jugera difficilement.

Cette opération, j'ai eu quatre fois l'occasion de la pratiquer, je l'ai vu faire deux fois et j'ai étudié de nombreux documents sur la matière. C'est là ce qui m'encourage à vous présenter quelques considérations sur ce sujet, à propos de l'observation très intéressante due à notre confrère d'Angers, le Dr Guichard.

L'histoire de sa malade, qu'il vous a lue, peut se résumer en quelques mots (elle est exposée dans tous ses détails dans le numéro de mai 1882 des *Annales de gynécologie*).

Une femme de 25 ans est extraordinairement déformée ; les planches représentant son squelette en témoignent. Elle est haute

[1] V. *Annales de gynécologie*, mai 1882, p. 321.

de 108 centimètres. Elle se présente à 5 mois de grossesse et il est évidont, au premier aspect, qu'elle ne peut accoucher à terme. Elle est bossue, atteinte de cyphose dorso-lombaire; dès cetto époque, l'abdomen est rejeté en avant par-dessus le pubis. Le doigt ne peut atteindre l'angle sacro-vertébral; le détroit inférieur est très irrégulier, 3 à 4 centimètres environ de diamètre transversal restent.

Le bassin est aplati, l'excavation est rétrécie, et surtout l'utérus est jeté hors le bassin en avant dans une sorte de poche.

La question de l'avortement provoqué fut posée et repoussée, et le terme fut attendu pour pratiquer l'opération césarienne (mode de Porro) que cette femme acceptait.

Le 22 mai 1881, cette opération fut faite dans une maison de santé. M. Guichard suivit le conseil de M. Tarnier pour achever la section de l'utérus avec le doigt plutôt qu'avec le bistouri. Il a suivi notre conseil en portant l'incision abdominale le plus haut possible et en exerçant la constriction sur l'utérus divisé en deux pédicules au lieu d'un.

L'opération fut faite avec toutes les précautions de la méthode de Lister. L'enfant a survécu et vit encore. La mère bien revenue à elle après une opération de 1 heure de durée, a présenté une légère hémorragie du pédicule arrêtée quelques heures après l'opération par l'application d'un lien circulaire de caoutchouc.

La malade passe une bonne nuit, une bonno journée, mais le lendemain soir commence à se plaindre de dyspnée. Le surlendemain elle a du ballonnement abdominal, la température est un peu montée, le pouls est rapide; ponctions multiples de l'abdomen qui évacuent des gaz et la soulagent.

La dyspnée revient et augmente, et elle meurt environ 60 heures après l'opération.

L'autopsie n'a montré aucune trace de péritonite.

M. Guichard nous a présenté des pièces dignes d'intérêt à plusieurs égards ; cependant j'insisterai peu sur le bassin et le squelette. L'irrégularité du bassin est extrême, les suppurations qui ont accompagné l'évolution de la déformation des os en font un cas assez particulier. En somme, le rachitisme est ici fort irrégulier, avec cyphose considérable, et a été compliqué probablement d'un ramollissement général du squelette, analogue à celui de l'ostéomalacie.

La question pratique soulevée par l'examen d'une telle malade est fort complexe. Le bassin très irrégulier aurait sans doute permis l'avortement provoqué, et nous aurions été très enclin à le faire. Mais à terme et vu la situation de l'utérus, en dehors de

l'abdomen en quelque sorte, la céphalotripsie n'était guère praticable.

On sait que la céphalotripsie est proposée comme dernière ressource pour un certain nombre de bassins. La difficulté est de fixer ceux où il faut cesser d'y recourir, leur étroitesse extrême entraînant des manœuvres telles que la mortalité devient égale à celle de l'opération césarienne.

Or, il me paraît bien difficile de fixer une limite pour tous les sujets que certaines circonstances rendent peu comparables malgré un chiffre identique de rétrécissements. Il me paraît même qu'il faut tenir beaucoup de compte de l'opérateur. Après avoir fait beaucoup de céphalotripsies, en avoir vu faire quelques-unes, j'ai acquis la conviction que les résultats doivent différer beaucoup suivant celui qui la pratique.

On peut admettre que jusqu'à 7 centimètres, la céphalotripsie faite par un chirurgien, suffisamment prudent et habile de ses mains, dans de bonnes conditions de milieu, doit avoir fort peu de mortalité.

Entre 6 et 7, seul un chirurgien très exercé à ces manœuvres doit se la permettre, et même dans ces cas la mortalité augmente beaucoup.

Au-dessous de 6, cas heureusement très rares en notre pays, la mortalité devient très considérable, même pour les plus habiles.

Pendant une période de 6 années, appelé pour le très grand nombre des cas difficiles qui se sont présentés dans les hôpitaux de Paris, la Clinique mise à part, j'ai vu plus de 80 de ces cas. J'ai eu affaire seulement à sept de ces bassins très étroits. Même deux m'avaient été adressés de province.

Dans trois bassins avec diamètre sacro-pubien de 6 ou au-dessous, j'ai fait la céphalotripsie avec une seule guérison. Il est vrai de dire qu'une morte avait été opérée dans un très mauvais milieu, car la facilité de l'opération aurait permis d'espérer sa guérison. Mais l'enfant était mort.

Même en tenant compte de cela, la céphalotripsie dans les bassins très étroits n'est guère possible que pour des opérateurs de grande expérience et même avec ceux-ci très pleine de dangers.

Je sais bien qu'on nous objecte que si on fait la céphalotripsie répétée sans tirer, on la rend possible pour des bassins très étroits. Malgré la haute autorité qui conseille cette pratique, je n'admets pas que les tractions aient cette gravité. Ou le fœtus est très bien broyé et les tractions n'ajoutent guère à la gravité de l'opération, ou il est mal broyé et l'accouchement ne se fait pas seul. Mais surtout l'expérience nous apprend que le plus grand nombre des

femmes qui nous viennent sont hors d'état de supporter la prolongation du travail.

Ainsi donc à ces limites inférieures de 6 centimètres pour un chirurgien très habile, et pour un chirurgien moins exercé certainement à 6 1/2, peut-être déjà à 7, la mortalité de la céphalotripsie devient considérable, peut être au moins de moitié.

Il faudrait pour être complet pouvoir examiner la valeur de certains instruments, en particulier celui d'Huber, de Louvain, les instruments que j'ai proposés moi-même et qui me paraissent pouvoir être employés dans des cas de grande étroitesse. Mais même si on concluait en leur faveur, il faudrait admettre toujours pour ces rétrécissements très étroits la nécessité absolue de manœuvres par des gens très experts.

Avec la mortalité presque constante de l'opération césarienne, on persistait quand même dans la pratique de la céphalotripsie. Mais si avec les procédés actuels l'opération césarienne, beaucoup plus à la portée de tout le monde, sauve le même nombre de femmes et conserve l'enfant, n'est-on pas en droit d'y recourir?

Cette question paraît devoir être résolue par l'affirmative. Aussi une fois la grossesse avancée, je crois qu'il fallait approuver sans réserves la détermination de M. Guichard.

Mais quelle est la raison déterminante du choix du mode de Porro?

Depuis le moment où cette opération a été proposée, de nombreux cas ont été signalés.

Au début, des mémoires enthousiastes ont présenté les statistiques les plus favorables donnant plus de la moitié de guérisons.

Les considérations à l'appui tendent à faire croire que l'amputation de l'utérus est la sécurité de l'opération césarienne et n'ajoute aucune gravité à celle-ci.

Déjà cependant un auteur encore favorable à l'opération de Porro, quoique malheureux dans son unique tentative, M. Simpson a publié une statistique, dans le *British medical journal*, 11 *june* 1881, comprenant 72 cas avec seulement 30 guérisons; encore y a-t-il une erreur dans ce tableau la mortalité devant être portée à 43 et les guérisons à 29.

Soit 67 0/0, au lieu de 58,3 de mort.

Avec deux cas de guérison et deux cas de mort nous pouvons compter parmi les opérateurs heureux, et cependant nous jugeons que cette dernière statistique doit se rapprocher davantage de la vérité.

Il est possible que la résection de l'utérus devienne par le perfectionnement des procédés une œuvre plus sûre, mais telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, elle est pleine de dangers que ne peut

apprécier celui qui la fait une ou deux fois par hasard et qui doivent frapper celui qui a eu plusieurs occasions de résection de l'utérus.

La résection de l'utérus faite avec ou sans ses annexes est toujours une œuvre chirurgicale qui comporte sa gravité propre. Que l'on résèque un utérus petit, qu'on le résèque gros, qu'on le résèque gravide, le sujet est exposé à une série d'accidents propres à la résection de l'utérus.

On a dit que les femmes ayant subi l'opération de Porro meurent de péritonite. Cela ne me paraît pas bien prouvé dans la majorité des cas et j'ai plusieurs raisons de croire qu'à cet égard les faits ont été souvent mal rapportés, puisque, dans la statistique ci-dessus, un de mes cas est dit mort de péritonite alors qu'il n'y en avait pas du tout et que je ne l'ai jamais dit nulle part.

Pour apprécier l'importance de l'opération de Porro il faut se placer à un point de vue général. Si on a l'expérience de la résection de l'utérus dans d'autres cas, il est facile de voir qu'elle n'est pas du tout innocente comme on l'a prétendu.

En pratiquant la chirurgie abdominale, on est frappé de la différence des accidents qui surviennent chez les opérés. Après la plupart des laparotomies, surtout après l'ovariotomie, deux dangers, le choc, et, dans des cas très rares, la péritonite.

Après l'hystérotomie mêmes dangers du choc, ou de péritonite très rare. Mais en outre, comme danger spécial, nous observons des phénomènes menaçants que nous avons depuis longtemps désignés comme des réflexes morbides résultant probablement de la constriction des plexus considérables du petit bassin. Ces réflexes morbides sont constitués surtout par une curieuse décoordination du pouls, de la température et de la respiration.

Vous voyez les femmes mourir avec les phénomènes de dyspnée les plus singuliers, avec un affolement du pouls, tandis que la température se maintient presque normale ; d'autres ont des phénomènes convulsifs qu'on a quelquefois désignés comme du tétanos. Quelquefois la température monte brusquement à une hauteur extraordinaire, et tout cela souvent sans grande douleur, et sans qu'à l'autopsie on trouve trace d'une altération,

Mais les malades qui guérissent ne sont pas exemptes de ces symptômes souvent violents. Ma dernière opérée, qui guérit, avait au lendemain de son opération, avec un pouls normal et une température qui n'a jamais dépassé 38°, 52 inspirations à la minute.

Un jour où je visitais l'opérée de M. Tarnier quelques minutes après notre collègue, je lui trouvai 180 pulsations. M. Tarnier lui en avait trouvé 80 ; je retournai la voir peu d'instants après, elle n'en avait plus que 120. Elle n'avait aucune complication

inflammatoire. Cette instabilité du pouls est commune et caractéristique.

J'ai opéré dernièrement une femme pour d'énormes tumeurs fibreuses de l'utérus; j'ai enlevé l'utérus, les annexes et même une portion du fond de la vessie. La malade a très bien guéri. Cependant, entre autres accidents singuliers, au 9e jour, après un pansement, en une *demi-heure* la température avait passé de 37 a plus de 200.

Ces troubles réflexes se présentent soit peu après l'opération, soit encore plusieurs jours après. J'ai perdu 5 jours après une hystérotomie pour un sarcome des ovaires et de l'utérus, une femme chez laquelle les trois premières journées avaient été aussi satisfaisantes que possible. Elle fut prise de tympanisme avec distension de l'estomac par des litres de liquides. Après avoir été très soulagée par la sonde œsophagienne, elle mourut subitement alors que j'avais le droit de penser qu'elle allait guérir.

A cause de la nature de l'opération, les femmes sont placées dans une sorte d'instabilité vitale qui,quoi qu'on dise,ajoute beaucoup à la gravité de l'opération césarienne.

Il y a encore à l'opération de Porro un autre inconvénient dont personne n'a jamais parlé, sans doute parce que personne n'a donné de détails sur les malades observées dans la suite. Or, il semble bien que ce ne soit pas impunément que l'on enlève brusquement en pleine hypertrophie physiologique l'utérus et les ovaires.

Voici deux ans et demi que je suis mes malades. Toutes deux ont guéri rapidement dans les meilleures conditions que l'on ait observées. La première a une très légèro éventration survenue après plusieurs mois; la seconde n'en a aucune.

La première a conservé une sensibilité assez vive du ventre et se prétend hors d'état de travailler.

La deuxième a d'abord souffert dans le ventre périodiquement, a eu de véritables règles par le rectum. Elle est devenue hystérique. Elle a une sensibilité abdominale qui revient par accès.

Elle a de temps en temps des phénomènes de congestion très pénibles en diverses régions.

En somme, il est certain que ces femmes sont moins valides que les femmes qui ont subi l'opération césarienne simple et que j'ai eu l'occasion de rencontrer. Les deux circonstances que je viens de faire connaître doivent-elles faire renoncer à l'opération de Porro et revenir à l'opération césarienne? Nous ne pouvons rien en dire, puisque nous n'avons pas encore fait l'opération césarienne, cependant on nous permettra d'exprimer la conviction qu'il est possible avec des précautions antiseptiques de faire l'opération césarienne avec succès plus parfaits dans de très larges pro-

portions. Mais nous sommes obligé d'attendre une occasion pour le démontrer. Seulement ici les précautions antiseptiques sont difficiles, beaucoup plus difficiles à assurer quo pour l'opération de Porro.

J'admets un instant que tout se présente pour le mieux, que le retour à l'opération césarienne soit possible et bon ; on fera celle-ci dans les cas les plus communs, il est probable même qu'on étendra beaucoup le cercle des opérations destinées à conserver la vie de l'enfant.

Mais, à l'opération de Porro, certains cas ramèneront toujours l'hémorragie, par exemple, qui n'est pas très commune, mais qui peut se présenter avec une intensité dont on n'a aucune idée quand on ne l'a pas vue. Nous ne l'avons observée que dans notre premier cas; et sans les pinces à pression placées sur la paroi interne, après le rapide achèvement de la section, avec quelques secondes d'écoulement, la malade fut morte sans aucun doute. Dans ces cas, l'amputation de l'utérus s'impose. Elle s'imposerait encore dans les cas de rupture utérine. Elle s'impose nécessairement si le milieu est très mauvais, car alors l'opération césarienne ne pourrait être suffisamment protégée. C'est là ce qui m'est arrivé pour ma seconde opérée guérie, pour laquelle je n'avais trouvé à Necker, d'autre local qu'une petite salle du service de M. Potain, où il avait isolé scarlatine et érysipèle, et qu'on voulut bien me céder.

En dehors de ces conditions, j'ai la ferme intention de revenir à l'opération césarienne qui donne à la campagne de si beaux résultats immédiats et définitifs que nous devons obtenir à l'hôpital, puisqu'à l'hôpital, aujourd'hui, nous avons obtenu une chirurgie certainement plus belle et plus heureuse qu'à la campagne même.

Mais puisqu'il restera toujours des cas pour l'opération de Porro, il y a de véritables progrès à accomplir dans la pratique de l'opération, progrès dont j'ai déjà indiqué quelques-uns.

L'incision, au lieu de s'abaisser beaucoup vers le pubis, doit être reportée le plus haut possible. Ainsi placée, éloignant le pansement du pubis, elle rend la protection antiseptique plus parfaite, la guérison est plus rapide et plus facile, les cicatrices observées sur des séries de photographies que je puis montrer en font foi.

On ouvre l'utérus vers sa partie supérieure, ce qui rend l'opération plus facile et plus sûre.

On résèque la moindre quantité possible de l'utérus, ce qui paraît toujours favorable en toute hystérotomie.

Je conseille de morceler l'énorme pédicule, non seulement en deux, comme l'a fait M. Guichard, mais en trois, quatre ou cinq portions, suivant son volume.

Le pédicule unique, tel que je l'ai fait, est très difficile à bien

serrer ; le fil se relâche. Il est dangereux, au point de vue des réflexes, à cause de l'insuffisance de la constriction.

Je ne me déciderais pas encore à rentrer dans le ventre le pédicule tout entier, qui doit être le siège de lochies, mais je le diminuerais le plus possible sur les parties latérales, comme je l'ai fait dans ma dernière hystérotomie en liant au catgut et rentrant dans le ventre tout ce qui aboutissait aux trompes, à l'ovaire et à l'angle supérieur de l'utérus.

L'immobilisation absolue du pédicule, en retardant le plus possible le premier pansement, le 7ᵉ ou 8ᵉ jour, me paraît une précaution capitale, et toujours propre à diminuer la tendance aux réflexes morbides.

Dans les mémoires publiés sur le sujet depuis Porro, je n'ai guère trouvé d'amélioration sérieuse du procédé ; je repousse absolument comme inutile et difficile le procédé de Muller, sortie préalable de l'utérus de l'abdomen ; le passage préalable d'un lien élastique autour du col est encore une complication sans portée.

Au contraire, la modification de l'incision utérine proposée par M. Tarnier, achèvement par déchirure avec le doigt, peut être utile. On pourrait toujours continuer à inciser si elle retardait.

Enfin, la méthode antiseptique me paraît une condition indispensable.

Avec les modifications bien suivies, la mortalité serait très probablement moindre que celle des soixante-douze cas cités plus haut.

Pour en juger parfaitement, il faudrait pouvoir grouper les opérations des mêmes opérateurs. Car sans être très difficile, l'opération de Porro est plus complexe que l'opération césarienne. Il est tout naturel de penser qu'elle peut donner de meilleurs résultats entre les mains des chirurgiens bien rompus à la pratique des opérations abdominales, et puisque l'hystérotomie de Porro est assez rare pour qu'on n'ait pas beaucoup d'occasions de s'y perfectionner, il est certain qu'on y est bien préparé par l'ovariotomie et par l'hystérotomie pour d'autres causes qui vous permettent, comme je viens de le dire, une série d'observations.

Je reviens à M. Guichard dont l'intéressante observation m'a semblé indiquer cette digression. Je crois qu'il s'est trouvé dans les conditions habituelles et que sa malade est morte avec les réflexes morbides que j'ai observés chez les miennes. Il a dû éprouver cette difficulté considérable de la constriction du pédicule, puisque, malgré la division en deux, une hémorragie témoigne qu'elle n'avait pas été tout à fait suffisante. La nécessité de changer le pansement pour cette cause a été évidemment une circonstance malheureuse. Cependant, même après l'insuccès, à

cause de la difformité extrême de cette femme, plus encore qu'à cause de l'étroitesse du bassin, on peut se dire qu'il n'y avait rien autre chose à faire que ce qu'il a fait, et que sa conduite chirurgicale mérite d'être approuvée.

Même la publication de cet insuccès n'est pas stérile.

Il serait à souhaiter que tous les insuccès fussent publiés avec toutes les circonstances, puisque, je le répète, l'histoire de cette opération n'est pas faite du tout.

La communication de M. Guichard constituera un titre intéressant à sa candidature. Comme son travail va être publié dans un journal, je propose seulement son dépôt aux archives, avec mention dans nos bulletins de l'indication de leur publication. J'ai résumé l'observation de façon à pouvoir en rappeler les principaux détails.

Discussion.

M. Anger. Je remarque que la malade de M. Guichard a eu de l'apnée, des sueurs, des urines noires; j'ai constaté des phénomènes analogues après les pansements à l'acide phénique; après de grandes plaies, quand la gaze phéniquée recouvrait une large surface, j'ai vu survenir de la dyspnée, des sueurs, de la fréquence et de l'irrégularité du pouls, des urines noires.

Aussi serais-je porté à croire que la malade de M. Guichard a succombé à une intoxication par l'acide phénique ; ces phénomènes réflexes me paraissent insuffisants pour expliquer les symptômes observés et l'irrégularité du pouls.

J'appelle sur ce point l'attention de M. le rapporteur et le prie de nous donner son avis.

M. Polaillon. Je ne partage pas l'opinion de M. Anger sur l'importance d'une intoxication phénique dans ce cas ; dans les différentes opérations que j'ai faites sur le ventre, je n'ai pas constaté d'urines noires, ni de menace d'intoxication.

Les signes de l'empoisonnement phéniqué suivi de mort, dont j'ai observé un cas, communiqué par mon interne, M. Ozenne, à la Société clinique, sont différents ; le pouls est lent, la température est abaissée, il y a de l'adynamie, de la dépression. L'irrégularité du pouls et l'augmentation de la température ne s'observent pas dans l'empoisonnement phéniqué.

Au contraire, j'ai vu trois cas de mort après l'hystérotomie et tous les trois dus à des phénomènes étranges, à une perturbation du système nerveux.

Dans le premier cas, il s'agissait de tumeurs fibreuses utérines, je fis la section de l'utérus au-dessus du sol ; l'opération fut faite,

la mort survint le second jour, sans péritonite, par shock, par dépression nerveuse.

Dans les deux autres cas, il s'agissait d'ovariotomie compliquée d'hystérotomie, l'utérus était englobé dans les tumeurs ovariques et était compris dans le pédicule, il était petit.

Dans l'un, j'enlevai toute la portion de l'utérus en rapport avec le ligament large droit; la malade succomba le cinquième jour sans péritonite.

Dans l'autre, j'enlevai les deux ovaires et la moitié supérieure de l'utérus; la mort survint le troisième jour, sans péritonite, avec accélération du pouls, de la respiration, affaiblissement progressif sans augmentation notable de la température, qui ne dépassa pas 38°,5.

Il faut donc dans l'hystérotomie se préoccuper des phénomènes nerveux consécutifs.

En outre, l'hémostase du pédicule est difficile à obtenir; dans deux de mes cas, il y eut une petite hémorragie, deux ou trois cuillerées de sang étaient dans ce petit bassin; dans un autre cas, le pédicule était extérieur et fut le siège d'un suintement sanguin.

Nous nc possédons pas de moyen sûr pour produire l'hémostase, afin do rentrer le pédicule dans le ventre. Dans un cas, j'ai serré le pédicule avec un fil de fer, la ligature est devenue trop lâche; dans les autres cas, j'ai employé le catgut et j'ai divisé lo pédicule en trois portions, néanmoins la ligature s'est relâchée.

Je pense donc que la mort de la malade de M. Guichard ost due non à un empoisonnement phéniqué, mais à des accidents nerveux, amenés par la section de l'utérus et la constriction des nerfs, dont les lésions retentissent sur la moelle et amènent la mort.

M. Anger. Dans l'empoisonnement par l'acide phénique, le pouls est très fréquent et la température est abaissée; or, je vois précisément dans l'observation de M. Guichard la fréquence du pouls et de la respiration, des urines noires et uno absence d'élévation de la température.

Pour ce qui est de la ligature du pédicule, je partage l'opinion de M. Polaillon; dans un cas, je fis trois ligatures avec le catgut et, malgré une constriction énergique, il y eut une hémorragie le surlendemain de l'opération.

Il y a donc lieu de rechercher un autre mode do ligature, pour être à l'abri des hémorragies secondaires.

M. Sée. Pour obvier à la difficulté de faire le pédicule, on a donné le conseil de remplacer la section transversale de l'utérus par une section cunéiforme, dont on rapproche les deux parties. Ce procédé a été suivi et a donné de bons résultats, il a sur la

section simple du pédicule l'avantage de fermer la cavité utérine et le bassin et il donne un moignon partout recouvert de péritoine; s'il y a un écoulement sanguin, il peut se faire par le vagin.

Quand le pédicule est divisé en trois portions, on établit, au contraire, des communications entre le vagin et le péritoine, par le trajet des fils.

M. Marchand. J'ai eu l'occasion de faire dernièrement l'opération de Porro, pour un cas de rupture de l'utérus, avec issue du fœtus dans la cavité abdominale.

Il s'agissait d'une présentation de la face, le travail fut lent, les contractions étaient violentes, il se produisait une rupture de l'utérus et le fœtus fit issue dans le ventre.

Avec mon collègue, M. Anger, nous fûmes d'avis de faire la laparotomie ; l'opération fut pratiquée séance tenante. Je trouvai dans le péritoine le fœtus et le placenta décollé, et aussi une grande quantité de liquide, formé de sang et des eaux de l'amnios. Après avoir vidé et nettoyé le péritoine, je voulus réséquer l'utérus, qui présentait une déchirure transversale au-dessus du col ; nous eûmes l'idée de nous servir pour cela de l'écraseur courbe de Chassaignac. Je serrai le pédicule avec l'écraseur, je sectionnai au-dessus et aucune hémorragie ne survint. Après la suture, j'appliquai un pansement de Lister et l'écraseur fut maintenu vertical et immobile au milieu de ouate.

La malade mourut 12 heures environ après l'opération, avec un commencement de péritonite, des vomissements, une température élevée ; je trouvai à l'autopsie de l'état poisseux et de la vascularisation du péritoine, sans exsudat.

M. Lucas - Championnière. Je ne crois pas, comme le dit M. Anger, que la malade de M. Guichard ait succombé à un empoisonnement par l'acide phénique ; les symptômes qu'elle a présentés sont semblables à ceux que j'ai déjà observés dans des cas semblables. Dans l'intoxication phéniquée il y a des phénomènes de dépression, la langue sèche ou saburrale, avec ou sans nausées; les urines noires ne sont pas d'un pronostic grave.

On a trop de tendance à attribuer à l'acide phénique les accidents qui surviennent, lesquels sont souvent dus au shock. Mais sans doute, il ne faut pas abuser de l'acide phénique, et placer, par exemple ce pulvérisateur à un demi-mètre de la malade pendant une ovariotomie, comme on le fait quelquefois ; de plus, il faut s'en méfier chez les jeunes sujets.

Au sujet de la pédiculisation de l'utérus, je dirai que l'évidement, dont a parlé M. Sée, n'est pas applicable à l'opération de

Porro, car alors l'utérus est mou et l'on s'exposerait aussi à une grande perte de sang.

Pour réduire le pédicule, on peut faire la constriction en superposant des étages successifs de ligature.

Si l'on ne veut pas réduire, on exerce une constriction énergique.

La subdivision, le morcellement du pédicule est une chose précieuse ; on en lie chaque partie par un lien circulaire et dans ce cas on laisse le pédicule au dehors ; aussi la communication avec le vagin ne présente pas d'inconvénient.

La péritonite est rare à la suite de cette opération ; M. Marchand s'est trouvé dans des conditions spéciales et la péritonite était due aux liquides qui ont baigné le péritoine avant l'opération.

Quant à l'écraseur, il a été employé dans un bon nombre des opérations de Porro qui ont été pratiquées, tantôt pour sectionner l'utérus, tantôt pour former le pédicule, enfin on s'est servi de deux écraseurs, l'un enserrant le pédicule, l'autre sectionnant l'utérus. Pour moi, je ferais volontiers la section de l'utérus avec l'écraseur.

Communication.

Recherches expérimentales sur la greffe de l'os mort dans l'os vivant. — Résorption des séquestres,

par MM. Lannelongue et Vignal.

La question de la résorption des séquestres n'était pas suffisamment résolue, à notre gré. On n'en avait pas donné la preuve expérimentale et, d'autre part, l'appréciation des faits d'observation clinique n'était pas à l'abri de contestations qui pouvaient, à juste titre, faire naître des doutes sur l'interprétation à tirer de ces faits. Ces doutes ne sauraient persister désormais en présence des résultats que nous venons d'obtenir dans nos expériences. Mais avant de les relater, qu'il nous soit permis de rappeler en quelques mots l'état de la question.

Un séquestre véritable, c'est-à-dire une portion d'os séparée depuis longtemps du squelette et contenue dans une capsule qui l'isole, se montre sous deux conditions. Tantôt ce séquestre baigne dans le pus, est recouvert sur tous ses points par une nappe purulente ; tantôt il est entouré par une membrane granuleuse, dont les bourgeons et les végétations s'appliquent sur ses faces et sur les anfractuosités qu'elles présentent.

I. — Séquestre baignant dans le pus. Dans ce cas, l'expérimentation et l'observation clinique ont prononcé. Le séquestre conserve sa forme, son poids et son volume. Les faits tirés de la pratique journalière confirment cette opinion, et, pour leur donner toute valeur, nous nous bornerons à citer les deux exemples suivants. Ranvier a examiné un séquestre superficiel qui avait séjourné trente ans dans une cavité purulente. Or, la surface externe de ce séquestre présentait un système de lamelles concentriques parfaitement intact. Nous avons eu l'occasion de faire une observation identique sur un séquestre qui remontait à huit ans.

D'autre part, nous avons fait un certain nombre d'expériences sur des fragments d'os dépourvus de toute vitalité, que nous avions placés dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans le péritoine. Une de ces expériences a duré un an et demi. Dans ces circonstances, les fragments d'os ont conservé leur poids; il se produisait autour d'eux une suppuration qui amenait l'expulsion du fragment, ou plus rarement un enkystement du corps étranger.

II. — Séquestres immédiatement recouverts par des fongosités ou par une membrane granuleuse. Les séquestres placés dans ces conditions peuvent-ils être l'objet de résorption? Une réponse favorable à l'idée de résorption n'était pas facile à donner en s'appuyant exclusivement sur les résultats de l'observation. La plupart des chirurgiens avaient le pressentiment que cela devait être, et cette opinion était même accréditée chez beaucoup d'entre eux. Les expériences de Billroth sur la résorption des chevilles d'ivoire implantées dans les os vivants, jointes aux observations de Langenbeck, Dieffenbach, Stanley, donnèrent un nouvel appui à cette manière de voir. On accepta dès lors la résorption des séquestres comme chose certaine, et on édifia différentes théories dans le but d'expliquer le mécanisme de cette résorption. Billroth attribua la disparition de l'os à l'action dissolvante de l'acide lactique et des acides gras; Kœlliker en accorda tout le mérite à des cellules dévorantes, à des myéloplaxes qu'il appelle des ostéophages; Cornil et Ranvier, enfin, pensèrent que les bourgeons charnus émanant de la moelle étaient les agents de la résorption.

Malgré ces théories et ces interprétations, la preuve expérimentale de la résorption d'une portion d'os absolument inerte et frappée de mort n'avait pas encore été fournie, croyons-nous. Les expériences suivantes attestent que cette lacune a été comblée.

Dans l'une d'elles, nous avons assisté à la résorption d'un cube osseux de 6 millimètres 1/2 de long sur 3 millimètres d'épaisseur, fragment d'un volume considérable relativement à l'os dans lequel il a été introduit, qui est le tibia d'un lapin. L'os introduit avait pour provenance le tissu compact d'un humérus qui, depuis

dix ans, servait aux démonstrations du laboratoire : la durée de l'expérience a été de deux mois et trois jours. Nous avons fait parallèlement une expérience avec une cheville d'ivoire, de même dimension, dans le but de comparer les résultats obtenus.

EXPÉRIENCE I. — Introduction d'une cheville d'os dans le tibia d'un lapin jeune, quoique adulte. Une cheville d'os cubique provenant du tissu compact d'un humérus humain servant aux démonstrations depuis dix ans, de 6 millimètres 1/2 de long et de 3 millimètres d'épaisseur, est mise pendant 24 heures dans une solution composée de 4 parties d'acide phénique et de 100 parties d'alcool. Ainsi préparée, cette cheville est introduite dans le tibia de l'animal, préalablement trépané. La cheville entre dans le tissu compact, pénètre dans le canal médullaire et s'appuie par une extrémité contre la paroi de ce canal qui se trouve ainsi traversé par elle. Le trou fait par le trépan a été pratiqué avec soin de manière à être rempli par la cheville sans qu'il y eût de vide, et cette dernière n'est entrée qu'à frottement dur. Puis la plaie cutanée, lavée à l'alcool a été fermée par quelques points de suture. Il n'y a pas eu de suppuration. L'animal a été sacrifié au bout de deux mois et trois jours.

Examen de la pièce. Disons tout de suite qu'au niveau du point où la cheville était introduite, l'os était recouvert par le périoste qui ne présentait rien à l'extérieur. Ce n'est qu'après avoir enlevé cette membrane qu'on découvrait en ce point un léger pointillé. Coupe microscopique transversale passant au milieu de la cheville après décalcification. Aspect général à un grossissement de 30 diamètres.

La continuité de la cheville osseuse ancienne n'existe plus; cette cheville est fragmentée. Dans sa portion médullaire elle est réduite à quelques fragments irréguliers, isolés les uns des autres au milieu de la moelle, ayant conservé cependant leurs rapports anciens, c'est-à-dire ne s'étant pas déplacés dans le canal médullaire.

Dans le tissu compact la fragmentation est moins avancée et sous le périoste la cheville est couverte d'une mince lamelle osseuse nouvelle ; au delà, dans le tissu compact, la résorption est d'autant moindre qu'on est plus près de la surface, et on peut dire que ce n'est que près de cette surface que la cheville conserve toute sa largeur. Au delà, dans le tissu compact, elle est l'objet d'une résorption assez grave, quoique moins avancée que dans le canal médullaire.

Les fragments d'os ancien sont très irrégulièrement découpés et les bords en sont festonnés ou présentent des lacunes comparables à celles Howsipp, lacunes toujours ouvertes. Le tissu restant de

cette cheville est normal comme os mort, les cellules osseuses sont vides. Des phénomènes plus importants sont ceux dont les canaux de Havers sont le siège. Partout, tous les canaux de Havers, même dans la partie la plus épaisse de ce qui reste de la cheville, sont remplis d'éléments embryonnaires, de cellules jeunes accompagnées de vaisseaux. La plupart de ces canaux sont très dilatés, 20, 30 fois plus qu'à l'état normal; d'autres en petit nombre ne présentent pas de dilatation reconnaissable; et néanmoins dans ces derniers il y a déjà des cellules embryonnaires. Par suite, le système des lamelles autour d'os est intact; il a au contraire, disparu partiellement ou en totalité là où existent de grandes lacunes. Lorsqu'on examine la préparation en se rapprochant du canal médullaire, on remarque que la disparition de la cheville est plus grande; dans le canal médullaire, elle est telle qu'on peut estimer que les huit dixièmes ont disparu. On ne trouve plus en effet que quelques minces fragments dont la direction est indiquée par celle des canaux de Havers: ces fragments sont épars et disséminés en plein tissu médullaire ou entourés dans un os de nouvelle formation dont l'étude sera donnée plus loin. Dès maintenant, l'examen de la moelle demande à être fait; il est instructif à plusieurs égards.

La moelle entoure les fragments restants là où ils ne sont pas environnés par une néoformation osseuse. Elle remplit toutes les anfractuosités de ces fragments, elle pénètre également dans les canaux de Havers qu'elle remplit en entier. Elle se compose presque exclusivement d'éléments cellulaires jeunes et de vaisseaux. Les médullocèles sont en contact immédiat avec le tissu osseux des fragments de la cheville; aucun intervalle ne les sépare, et il n'y a pas non plus au milieu de ces cellules de gros éléments, des cellules géantes ou des myélopaxes. Il y a plus, les myélopaxes sont très raros dans la préparation. Les médullocèles supportés par les vaisseaux, forment comme des collerettes appliquées sur les fragments d'os. Le même état se rencontre dans les canaux de Havers.

Cette transformation de la moelle n'a lieu dans le canal de médullaire qu'immédiatement autour de la cheville dans l'étendue d'un millimètre environ. Au delà, la moello reprend insonsiblement ses caractères ordinaires, les cellules adipeuses y reparaissent et enfin, à une distance plus éloignée, la moelle est normale, avec cette particularité cependant que les vaisseaux sont beaucoup plus dilatés.

Le même processus existe dans la portion de cheville comprise dans le tissu compact; ici seulement il a été moins actif, les choses sont moins avancées.

Ces faits peuvent se passer de commentaires; ils montrent les

phases successives d'une réunion par première intention qui a pour terme l'absorption ou le retour à l'organisme de la cheville osseuse, en lui substituant une néoformation osseuse, ainsi que nous le verrons plus loin.

L'irritation provoquée par l'introduction de la cheville a été simple et limitée dans le tissu compact comme dans le canal médullaire; sous l'influence de cette irritation, les éléments de la moelle se sont multipliés d'abord. Dans un second temps, ces éléments autour desquels se sont produits de nombreux vaisseaux, ont pénétré avec eux dans tous les vides de la cheville, dans les canaux de Havers, dans les anfractuosités qu'elle présentait. Partout où il s'est trouvé un vide, ce vide a été comblé par l'accumulation des médullocèles et les vaisseaux qui les accompagnent, c'est-à-dire par des bourgeons charnus. Mais l'envahissement n'est pas demeuré superficiel; il a gagné successivement et de proche en proche les parties profondes au point de remplir tous les canaux de Havers de la cheville; disons toutefois que ce processus a été moins intense dans la partie engagée dans le tissu compact que dans celle contenue dans le canal médullaire.

Parallèlement à ce travail d'envahissement, les espaces se sont agrandis, et le tissu osseux qui les forme a disparu. Il a été en quelque sorte absorbé sans être le siège d'aucune espèce de ramollissement, sans passer par un état liquide dont on ne découvre aucune trace; on ne peut guère d'ailleurs accorder d'influence, pour expliquer le mécanisme de cette résorption, à d'autres agents qu'à cette couche d'éléments embryonnaires supportée par de larges capillaires qui se pressent contre la paroi de l'os inerte.

Réparation; substitution d'un nouvel os à l'ancienne cheville. Nous venons de montrer que les fragments de la cheville étaient entourés exclusivement sur quelques points d'éléments embryonnaires. Le plus souvent ils sont reliés les uns aux autres par une néoformation osseuse qui rétablit en quelque sorte la continuité de la cheville introduite. L'os de nouvelle formation n'existe pas seulement à la périphérie de la cheville, il s'en est également formé en proportion considérable dans les canaux de Havers agrandis, dans les lacunes osseuses nouvellement formées. Ce nouvel os a tous les attributs des os récemment constitués; ses vaisseaux ne sont plus entourés de lamelles régulièrement concentriques, ses corpuscules sont plus volumineux, etc. Dans notre expérience, la néoformation osseuse a pris une telle importance dans le canal médullaire, que là elle a presque totalement remplacé la portion de cheville qui y pénétrait. Celle-ci se trouve réduite à des îlots complètement ou partiellement environnés de nouvel os, baignant en tous cas dans la moelle embryonnaire. Un fait extrêmement remarquable

est la soudure du jeune os avec la cheville; quand on examine, par exemple, une couche osseuse nouvellement formée dans un canal de Havers de la cheville, on remarque que cette couche se continue sans démarcation autre qu'une ligne réfringente avec la couche osseuse de la cheville.

La soudure est donc absolue ; et elle présente sous la forme de ligne ondulée et festonnée, sinueuse en rapport avec la manière dont les vaisseaux et les éléments embryonnaires ont rongé l'os ancien avant la formation du nouvel os. En forçant la comparaison, on pourrait dire que l'ancien os a été frappé d'ostéite et qu'à la raréfaction a succédé une production d'os nouveau.

Dans le tissu compact, la soudure de la cheville à ce tissu est encore plus intime, et au centre de l'ancien os on trouve des vides, des espaces rappelant quelquefois la direction des anciens canaux de Havers. Ces espaces présentent ainsi de nouvelles formations osseuses en continuité pour la plupart avec le tibia.

Notons enfin qu'au pourtour de la cheville, le tissu compact du tibia présente une ostéite, raréfiante et productive qui a été l'origine de la soudure d'une part et de la néoformation osseuse qui se prolonge dans cette cheville.

Enfin, la surface sous-périostée de la cheville est recouverte d'une mince lamelle osseuse sous-périostée ; entre cette lamelle et la surface vive de la cheville se trouve une couche de cellules sous-périostées qui s'engagent aussi dans la cheville pour y provoquer le mouvement de résorption qui doit être suivi de néoformation osseuse.

Expérience II. — Une cheville d'ivoire ayant les mêmes dimensions et la même forme que la cheville d'os, a été introduite le même jour dans l'autre tibia du même animal; elle a par conséquent séjourné le même temps, c'est-à-dire deux mois et trois jours. Comme la cheville d'os, elle avait été désinfectée pendant 24 heures.

L'examen de la pièce montre que le processus a été beaucoup moins actif que dans l'os ; la cheville d'ivoire a résisté davantage, et la résorption n'y est que partielle et fort incomplète. Comme pour la cheville d'os, la partie qui a été le siège du travail le plus actif est la portion comprise dans le canal médullaire. Cette extrémité de la cheville est devenue conique et s'arrête au milieu du canal médullaire, tandis qu'elle le traversait en entier. La portion engagée dans le tissu compact ne présente pas un envahissement profond ; on trouve seulement à sa surface des dépressions, des godets en un état festonné que remplissent les éléments médullaires. La moelle présente d'ailleurs autour d'elle les mêmes caractères que ceux que nous avons précédemment indiqués.

L'examen révèle en un mot un processus de résorption infiniment moins marqué que dans l'expérience précédente; la constitution plus dense du tissu de l'ivoire, l'extrême finesse de ses canalicules nous paraissent être les motifs qui expliquent la différence des résultats comparatifs de l'ivoire et do l'os. Disons enfin qu'il ne s'est produit dans cette seconde expérience aucun effort vers la réparation; nous n'avons pas trouvé de formation d'un nouvel os.

Conclusions. — La résorption des séquestres est un fait qui se démontre par l'expérimentation.

La suppuration dans la capsule séquestrale autour du séquestre lui-même est un obstacle à cette résorption; mais cette suppuration peut n'avoir qu'une durée temporaire, et s'il lui succède une végétation embryonnaire, les bourgeons charnus accolés au séquestre s'engagent dans les canaux de Havers, dans les anfractuosités même les plus minimes qu'il présente, produisent sa résorption par un mécanisme dont on suit toutes les phases expérimentales.

La résorption de l'os mort a lieu plus facilement et plus promptement que celle de l'ivoire; de plus, elle est suivie de la formation d'un os nouveau. Aussi doit-on préférer l'os à l'ivoire dans la pratique des résections, si on veut assurer le maintien des fragments en place par l'un ou l'autre de ces moyens; l'os préparé pour ce but sera désinfecté au préalable avec soin.

Discussion.

M. Trélat. De la communication de M. Lannelongue qui a le mérite d'avoir les caractères d'une démonstration expérimentale, on peut rapprocher des faits cliniques qui sont conformes aux expériences faites par notre collègue.

Dans l'ostéomyélite avec cavité séquestrale, quand on intervient, ce que l'on fait aujourd'hui plutôt qu'autrefois, on trouve et j'ai trouvé moi-même plusieurs fois l'exécution naturelle des faits observés par M. Lannelongue.

On traverse une couche de nouvel os, puis l'os ancien déformé, aréolaire, on arrive dans une cavité remplie de fongosités, au milieu desquelles se trouvent des séquestres qui étaient au début plus superficiels; ils sont devenus comme une sorte de dentelle.

Dans l'ostéomyélite on observe les deux phénomènes d'une nécrose partielle et d'une résorption plus ou moins considérable qui porte à la fois sur le séquestre et sur l'os vivant. Ces phénomènes se produisent tant que dure la membrane vasculaire, embryonnaire; si elle tend à se détruire, à se transformer en fongosités,

alors les séquestres qui existent encore, persistent jusqu'à ce que le chirurgien intervienne.

Quant à l'interprétation de la résorption, on peut remarquer que l'introduction d'une chevillo d'ivoire ou la présence d'un os naturel, détermine la formation d'un tissu embryonnaire qui détruit à la fois l'os qui sera l'agent de la guérison et le séquestre.

M. Lannelongue. Je partage l'avis de M. Trélat sur les phénomènes qui se passent dans l'ostéomyélite, où l'os est soumis à la résorption, il disparaît, il n'en reste pas trace. Dans les expériences faites avec le charbon, celui-ci disparaît de l'endroit où on l'a introduit, mais il est absorbé par les globules blancs.

En introduisant une cheville d'ivoire, j'ai constaté que le corps étranger détermine une prolifération médullaire, les cellules graisseuses disparaissent comme l'a montré M. Verneuil, puis l'os est résorbé.

Kolliker a voulu expliquer ce fait par la présence des cellules spéciales, dévorantes, ostéophage, sortes de grandes cellules à myéloplaxes qui existeraient sur les parois osseuses en voie de résorption. Je n'ai pu constater la présence de ces cellules à l'endroit indiqué et elles étaient rares dans les parties voisines.

La séance est levée à 5 heures dix minutes.

Le Secrétaire,

Nicaise.

Séance du 24 mai 1882.

Présidence de M. Labbé.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris ;

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Lyon médical. — Alger médical. — Revue médicale. — Revue médicale de l'Est. — Revue scientifique de la France et de l'étranger.*

3° *La Gazette italienne médicale lombarde.* — *British medical.* — *La Gazette de santé militaire de Madrid.*

4° *La petite chirurgie, par le Dr* Jean SERBANESCU, de Bucharest.

Communication à propos du procès-verbal.

Céphalotripsie et opération césarienne.

M. GUÉNIOT. Dans la séance de mercredi dernier, l'heure trop avancée ne m'a pas permis de prendre la parole au sujet du rapport de M. Lucas-Championnière. J'aurais eu, cependant, beaucoup à dire sur la question traitée par notre collègue; car elle est de celles qui, de longue date, ont été l'objet de mes réflexions. Permettez-moi donc de revenir brièvement sur quelques-uns des points qui ont été touchés dans le rapport.

En ce qui concerne la *céphalotripsie*, je bornerai mon examen aux deux particularités suivantes, à savoir : 1° les résultats peu encourageants que donne cette opération dans les cas de rétrécissements du bassin; 2° les difficultés et les dangers considérables qu'elle présente, même dans des bassins médiocrement viciés, lorsque le chirurgien n'est pas spécialement exercé à ce genre d'intervention.

Quant à l'*opération de Porro* et à la *section césarienne*, je vous demanderai la permission d'en dire aussi quelques mots qui me paraissent être tout à fait de circonstance.

Il y a vingt ans, la céphalotripsie — opération d'origine toute française — régnait en maîtresse dans la pratique de notre pays. Le concert de ses partisans était presque unanime, et grâce à elle, l'extraction du fœtus par les voies naturelles semblait être devenue, pour ainsi dire, toujours possible. En considérant les résultats de cette opération, pratiquée sous mes yeux et par des maîtres habiles, j'avais constaté cependant que l'opinion du jour était notablement exagérée. Aussi, dans un travail spécial que je publiai en 1866 [1], mettant à profit une importante statistique du Dr Lauth, de Strasbourg [2], ainsi qu'une série de 22 cas observés ou colligés par moi-même, je démontrai sans grande peine que la mortalité par la céphalotripsie était beaucoup plus élevée qu'on ne le pensait. Je mis surtout en évidence ce fait capital, que la gra-

[1] GUÉNIOT. *Parallèle entre la céphalotripsie et l'opérat. césarienne.* Thèse d'agrégat., Paris, 1866.

[2] LAUTH. *De l'embryothlasie et en particulier de la céphalotripsie.* Thèse de Strasbourg, 1863.

vité de l'opération augmente rapidement à mesure que la viciation du bassin devient plus prononcée. Je citai même une série de quatre céphalotripsies, faites à travers des rétrécissements extrêmes (de 60 et de 55 millimètres) et qui furent suivies trois fois de la mort, une seule fois de la guérison.

Malgré sa grande utilité et son incontestable efficacité dans bon nombre de cas, la céphalotripsie ne constitue donc pas, comme on le croyait trop facilement alors, un moyen de salut presque assuré pour les parturientes affectées de bassin vicié.

Puisque la mortalité se montre relativement si fréquente à la suite d'opérations bien conduites, exécutées par des hommes habiles, quelle proportion ne doit-elle pas atteindre lorsque l'instrument est appliqué par des mains inexpérimentées! On peut aisément le pressentir. Certes, je ne crois pas exagérer en disant que la céphalotripsie, dans de telles conditions, engendre une mortalité au moins égale à celle de l'opération césarienne. C'est pourquoi, dès 1866, je signalais, non pas une seule, mais deux limites inférieures des rétrécissements pelviens, au-dessous desquelles la céphalotripsie me paraissait être une ressource purement décevante. La première de ces limites (4 centimètres) s'appliquait seulement aux hommes spéciaux qui ont acquis une grande expérience des accouchements, tandis que la seconde (6 cent.) visait plus particulièrement les médecins peu familiarisés avec la pratique obstétricale. Pour le dire en passant, ces chiffres furent alors jugés trop restrictifs; et cependant, j'estime aujourd'hui qu'ils sont encore trop peu élevés.

Formuler ainsi deux règles parallèles, applicables à des situations manifestement différentes, me semblait être chose toute naturelle. Cette nouveauté, néanmoins, provoqua non seulement de la surprise, mais aussi des critiques. « La science, disait-on, ne comporte pas de semblables distinctions. Comment établir, d'après la qualité des opérateurs, une telle variété de préceptes? »

Sans aucun doute, s'il s'agissait de science pure, l'objection serait valable; car, en matière de science, un principe vrai reste vrai quel que soit celui qui l'applique ou l'utilise. Mais veuillez bien le remarquer, dans la question qui nous occupe, c'est la pratique seule qui est en cause, et les règles qui la gouvernent doivent forcément emprunter aux circonstances quelque chose de leur diversité. Quoi que l'on fasse, n'est-il pas évident que l'accoucheur rompu aux difficultés de son art sera plus apte à sortir heureusement d'une céphalotripsie, que celui qui est encore novice dans ce genre d'opérations?

En acceptant ces données dans le rapport consciencieux qu'il nous a lu, M. Lucas-Championnière me fournit la preuve que, re-

lativement à la céphalotripsie, les esprits ont fait un grand pas vers la juste appréciation de sa valeur. Aussi, je me félicite d'avoir entendu notre collègue s'exprimer à ce sujet avec tant de conviction et de sincérité.

D'ailleurs, ce qui démontre bien que, dans les cas de viciation pelvienne, la céphalotripsie est loin de répondre à toutes les exigences de la pratique, c'est la faveur exceptionnelle, j'allais même dire l'enthousiasme, avec lequel l'opération de Porro fut accueillie dans ces dernières années. Quoique plus radicale et non moins redoutable — du moins en apparence — que la césarienne, cette opération fut aussitôt expérimentée de toutes parts, et ce fut à la satisfaction générale que l'on apprit ses premiers et rapides succès.

Mais voici que les revers, après une série déjà nombreuse de cas heureux, viennent jeter l'incertitude sur l'avenir de cette opération. M. Championnière nous l'a confessé lui-même, et son témoignage ne saurait être suspect; car, comme nous tous, et plus que nous tous peut-être, il s'est montré d'abord très partisan de l'excision utérine. Dans de telles conditions et sans vouloir condamner cette opération, qui ne peut être encore définitivement jugée, ne serait-il pas logique de reporter un peu l'attention des accoucheurs sur l'antique césarienne? Si j'ai bien compris notre collègue, c'est vers ce but qu'il tendrait désormais à diriger ses investigations. Pour ma part, j'applaudirais hautement à sa détermination.

Dès l'année 1870, avant que l'opération de Porro eût vu le jour, je tentais déjà ici même, au sein de la Société de chirurgie, de réveiller l'intérêt des praticiens en faveur de la section césarienne. Je regrettais de voir cette opération si négligée et pour ainsi dire condamnée, alors que des opérations de même ordre, l'ovariotomie, l'hystérotomie, etc., grâce aux perfectionnements de la chirurgie contemporaine, donnaient des résultats aussi remarquables qu'inattendus. J'ajoutais que, dans ma conviction, la césarienne ne méritait pas un tel abandon, et que ses procédés, soumis à une revision sévère, puis modifiés conformément aux progrès actuels de la chirurgie, ne manqueraient pas de fournir bientôt des succès à l'égal des opérations similaires. C'est alors que, joignant l'exemple au conseil, je publiai dans cet esprit un travail spécial sur la matière [1].

Assurément, ce n'est pas ici le lieu de reproduire la critique que je fis alors des procédés mis en usage; je n'insisterai pas non

[1] Guéniot. — *De l'opérat. césar. à Paris et des modifications qu'elle comporte dans son exécution*; br. in-8°, Paris, 1870, et *Bull. gén. de thérapeut.*, même année.

plus sur les perfectionnements opératoires que je crus devoir proposer; il me suffit d'avoir signalé le mémoire en question, dans lequel ces divers sujets se trouvent traités avec détail. Qu'il me soit permis seulement de rappeler quelques-uns des faits les plus importants et qui répondent le mieux aux points abordés dans le rapport de notre collègue.

M. Championnière, en parlant d'une opération césarienne exécutée *en février* 1878, par Muller, de Berne, a critiqué sans réserve la manière de faire de ce chirurgien. Vous savez que le procédé suivi dans ce cas, consiste à pratiquer, dans la paroi abdominale, une énorme boutonnière qui permette d'extraire en son entier la matrice gravide; et cela afin de n'inciser celle-ci qu'en dehors du ventre. Eh bien, Messieurs, sur ce point, je ne puis être tout à fait du sentiment de notre collègue.

L'idée *d'opérer hors du ventre* est mienne, aussi bien que la formule un peu paradoxale, qui sert à l'exprimer. Dès 1870, j'en ai préconisé ici même l'application, comme devant réaliser un progrès opératoire des plus importants [1]. Et aujourd'hui encore je persiste à croire qu'il s'agit d'un progrès bien réel. Quoique jusqu'ici je n'aie pas eu l'occasion de l'utiliser, il n'est pas, cependant, le fruit d'une simple conception théorique. Cinq fois déjà, j'ai pris une part plus ou moins active à l'exécution de la césarienne; et c'est pendant l'une de ces opérations que je conçus l'idée du procédé en question.

Mais, je me hâte de le dire, les moyens d'exécution que j'ai indiqués diffèrent totalement de ceux auxquels notre confrère de Berne a eu recours. Avant d'inciser l'utérus, j'ai conseillé de faire saillir — ce qui est chose facile — sa paroi antérieure à travers la plaie abdominale, *celle-ci ayant une longueur aussi restreinte que possible*. Puis, à l'aide d'une manœuvre spéciale, on attire peu à peu l'organe au dehors à mesure qu'il se vide; et cela, de manière qu'aucun liquide provenant, soit de l'œuf, soit de la plaie, ne puisse tomber dans la cavité abdominale. Grâce à cet artifice, toute souillure du péritoine étant évitée, l'inflammation de cette séreuse devient beaucoup plus facile à conjurer, et la présence constante de la plaie au dehors permet, en même temps, de remédier plus efficacement à l'hémorrhagie.

Comme vous voyez, ce n'est qu'à la fin de l'opération, c'est-à-dire quand la matrice est presque complètement évacuée, que cet organe se trouve entièrement extrait de l'abdomen.

Pour Muller, qui n'a retenu de mon procédé que l'idée fondamentale, le mode opératoire est bien différent. C'est, en effet, dès

[1] Voir *Bull. de la Soc. de chirurg.*. 1870, 2e série, t. 11, p. 40.

l'abord et avant toute incision de l'utérus, qu'il attire celui-ci totalement en dehors. Mais, pour en user ainsi, il faut nécessairement que la plaie abdominale atteigne une longueur démesurée, ce que je considère, avec notre honorable rapporteur, comme une des circonstances les plus compromettantes pour la guérison.

La section utérine, *pratiquée hors du ventre*, ainsi que je l'ai indiqué, serait certainement d'une exécution facile dans la grande généralité des cas. D'après les détails fournis par M. Guichard sur son opérée, il me semble que celle-ci, en raison même de son inflexion utérine, se fût prêtée, mieux encore que toute autre, à ce genre d'intervention. Aussi, j'incline fort à penser que, dans ce cas particulier, la césarienne pratiquée suivant ce procédé eût donné beaucoup plus de chances de succès que l'opération compliquée de Porro.

Ce n'est pas seulement la longueur de l'incision abdominale que j'ai conseillé de réduire, mais c'est aussi, et surtout, celle de la plaie utérine. Comment s'étonner que les femmes meurent de péritonite ou d'hémorragie après la césarienne, lorsqu'on voit les opérateurs les plus autorisés inciser la matrice dans presque toute sa hauteur, depuis le fond jusqu'au voisinage du col? A l'autopsie d'une femme opérée par Béclard, en 1821, on trouva l'utérus « fendu du fond à l'orifice, près de son bord gauche ». Chez la femme qui mourut de tétanos, au dix-huitième jour d'une hystérotomie pratiquée par P. Dubois, on reconnut également que l'incision de la matrice « s'étendait depuis le sommet de l'organe jusqu'aux environs du col ». Dans une autopsie de ce genre, faite par moi en 1864, je constatai que la plaie utérine, largement béante, mesurait onze centimètres de long et neuf de large, ce qui indique qu'au moment où elle fut tracée, l'incision devait présenter au moins quinze centimètres. Les inconvénients de toutes sortes, qui résultent d'une brèche aussi vaste, sont-ils donc compensés par quelques réels avantages? Pour ma part, je n'en découvre aucun, si ce n'est la grande facilité avec laquelle on peut extraire l'enfant de la matrice. Mais, pour ce faire, qu'est-il besoin d'une si large ouverture? Est-ce que, dans des cas de nécessité, nous ne parvenons pas à extraire des enfants vivants à travers un *orifice cervical* dont le diamètre est de moitié moindre? Pourquoi, dans l'hystérotomie, ne pas se contenter d'une ouverture simplement *suffisante*, comme on la pratique si souvent avec succès dans la version?

Déjà je l'ai dit maintes fois, la césarienne est une véritable opération de douceur pour le fœtus; naissant par la voie rapide, il n'a pas à souffrir des lenteurs de l'accouchement naturel. Et d'ailleurs, fût-il retiré en état d'asphyxie, ne serait-il pas très

facile, à l'aide de l'insufflation, de le rappeler promptement à la santé? Les avantages d'une plaie utérine restreinte, aussi étroite que possible, sont pour la mère d'une telle importance, qu'en vérité, il serait bien légitime de passer sur l'inconvénient possible d'une extraction plus lente de l'enfant.

Le *siège* et la *direction* de l'incision abdominale, *l'utilité des adhérences précoces* entre l'utérus et la paroi du ventre, de même que les *moyens d'en favoriser la production*, l'emploi sévère des *pratiques d'hygiène* et, surtout, de la *méthode antiseptique*, etc., pourraient prêter à des considérations de même ordre que les précédentes. Mais déjà je me suis occupé de ces divers points en 1870; je crois donc inutile d'y revenir aujourd'hui, et je me résume en disant :

1° La céphalotripsie ne peut manifestement répondre qu'à certains cas bien déterminés de dystocie par obstacle mécanique;

2° L'opération de Porro, d'abord accueillie avec une sorte d'enthousiasme, ne paraît pas légitimer les espérances qu'elle avait primitivement fait concevoir;

3° Il serait donc logique de revenir à la section césarienne, en s'appliquant à la faire bénéficier de tous les perfectionnements dont elle est susceptible, et en particulier des progrès déjà réalisés dans la chirurgie abdominale.

M. Lucas-Championière. Je trouve que M. Guéniot a raison sur tous les points, même il est encore trop généreux en permettant la céphalotripsie à quatre centimètres. On peut fixer à 6 centimètres la limite minimum où il est permis à un opérateur très habile de recourir à la céphalotripsie. Pour ceux qui sont moins habiles, il faut s'en garder pour des rétrécissements même bien moins marqués.

Cette opération a été plus d'une fois désastreuse entre les mains de praticiens qui pouvaient parfaitement réussir l'opération césarienne. Celle-ci est moins difficile du reste que l'opération de Porro dont la technique est bien plus compliquée, et surtout à la portée des chirurgiens accoutumés à la chirurgie abdominale. Je crois qu'une incision moyenne est préférable à l'incision proposée par M. Guéniot, et que l'épanchement du sang et même des liquides de l'amnios n'est pas si redoutable qu'il le pense. Il est du reste facile à éviter.

Je suis persuadé qu'on arrivera à faire d'emblée l'opération césarienne chez beaucoup de femmes chez lesquelles on n'ose pas encore la conseiller.

Il me paraît fort utile de pratiquer l'incision aussi loin que possible du pubis, si l'on veut que les pansements antiseptiques aient

toute leur efficacité, à cause du voisinage des orifices naturels, qui sont des foyers d'émanations infectieuses. Je puis en donner la preuve à la Société en mettant sous ses yeux trois photographies où la cicatrice est d'autant moins apparente qu'elle répond à une partie plus élevée de l'abdomen.

M. le Président informe la Société que M. Notta, de Lisieux, membre correspondant, assiste à la séance.

Communications.

M. Notta communique une observation.

Amputation fémoro-rotulienne, de Gritti,

Par le Dr Notta.

Baudin, âgé de 38 ans, entre à l'hôpital de Lisieux, le 10 juin 1881, pour une carie des os de la jambe qui date de son enfance. Après avoir extrait un grand nombre de séquestres, et pratiqué l'évidement du tibia sans succès, le malade épuisé par la souffrance et la suppuration, réclama avec insistance l'amputation. Elle fut pratiquée le 4 août L'état du membre ne nous permettant pas de la faire au lieu d'élection nous nous décidâmes, séance tenante, à faire l'amputation sus-condylienne ostéoplastique de Gritti. La surface postérieure de la rotule fut réséquée par un trait de scie, et nous enlevâmes le plus complètement possible les portions de la synoviale articulaire qui tapissaient les lambeaux. Des drains furent placés et la réunion par première intention fut tentée. L'opération n'avait pas été pratiquée sous la poussière phéniquée, néanmoins le pansement de Lister fut appliqué. La réunion par première intention n'eut pas lieu et la plaie suppura. Cependant, au bout de six semaines, elle était cicatrisée, et le 25 septembre, le malade quittait l'hôpital.

Dans le courant du mois de janvier, on lui donnait une jambe de bois construite comme celles qui sont destinées aux amputations faites au lieu d'élection, c'est-à-dire que le poids du corps portait sur le moignon.

Nous avons revu cet homme au commencement d'avril. Il a pu reprendre sa profession de terrassier. Il ne souffre aucunement de son moignon et il sent tous les jours la force revenir dans son membre. Il travaille maintenant pendant la journée entière.

L'examen du moignon permet de constater que la rotule est soudée

à l'extrémité inférieure du fémur perpendiculairement à l'axe de cet os, de telle sorte que sa face antérieure est devenue inférieure et forme une extrémité arrondie sur laquelle s'appuie le membre. La cicatrice est fortement portée en arrière à 3 centimètres de la surface inférieure du moignon, en sorte qu'elle ne porte aucunement sur le point d'appui.

Discussion.

M. Farabeuf. Je pensais que la soudure de la rotule au bout du fémur ne pouvait se faire qu'en cas de réunion immédiate. Chez un opéré de M. Verneuil, où la suppuration avait eu lieu comme chez celui de M. Notta, la rotule avait basculé et appuyait par sa pointe, ce qui gênait la marche. M. Notta a-t-il eu recours à la suture osseuse?

M. Notta. Non, mais la suppuration n'a pas été générale; il y a eu des points de réunion primitive isolés.

M. Le Fort. Il n'est pas étonnant de voir la rotule se souder, malgré la suppuration ; j'observe la même chose dans mes amputations du pied à lambeau calcanéen ; dans les résections du genou, le fémur et le tibia se soudent malgré la suppuration.

Dans les amputations à la partie inférieure du fémur, je scie dans les condyles pour éviter d'ouvrir le canal médullaire; j'ai d'abord conservé la rotule, comme Gritti, le résultat ne m'a pas plu ; je suis loin d'être le seul, et je préfère l'opération de Carden qui enlève la rotule.

Il y a un fait que la physiologie ni l'anatomie n'ont expliqué, c'est qu'il y a des points de la peau qui supportent les pressions, et d'autres points qui ne les supportent pas. Au niveau de l'ischion de la tubérosité antérieure du tibia, au talon, au bord externe du pied, des pressions qui ailleurs produiraient des ulcérations, restent sans effet. La peau de la rotule ne jouit pas de cette propriété, aussi vaut-il mieux chercher un point d'appui sur l'ischion que sur le bout d'un semblable moignon.

M. Farabeuf. J'avais admiré l'excellence du résultat obtenu par M. Notta dont le malade marche bien jusqu'à présent, et je pensais qu'il était toujours bon de conserver le droit antérieur pour faciliter les mouvements du moignon. D'autre part, je crois plus facile de fixer la rotule que le calcanéum ; dans l'opération de Pirogoff, cet os va souvent se souder derrière le tibia.

M. Le Fort. Dans l'opération de Carden, le tendon du droit antérieur se soude à l'extrémité du fémur et l'action du muscle reste

suffisante. Lorsque le fémur est scié très bas, la rotule est fortement tirée.

M. Notta. J'ai scié le fémur assez haut, et la rotule n'a pas subi de traction de la part du muscle.

M. Notta communique une seconde observation qui a pour titre

Lipome de la paume de la main,

par le Dr Notta, de Lisieux.

Hubert, journalier, âgé de 66 ans, d'une bonne constitution et d'une excellente santé, entre le 8 novembre 1881 à l'hôpital de Lisieux.

Il y a six ans, sans cause appréciable, il s'aperçut que l'éminence thénar de la main droite augmentait de volume. Il n'y ressentait aucune douleur, même en travaillant avec une bêche ou une pioche, il éprouvait seulement des douleurs spontanées dans l'avant-bras, depuis le pli du coude jusqu'au poignet, et c'est à ces douleurs qu'il attribue le développement de la tumeur de la paume de la main. Quoi qu'il en soit, cette tumeur a pris d'une façon insensible un volume tel qu'elle le gêne pour travailler.

État actuel. — Sur l'éminence thénar de la main droite existe une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, sans changement de couleur à la peau, fluctuante, divisée en deux parties à peu près égales par une petite dépression. A l'aide d'une bougie, on ne trouve pas la transparence. Cette tumeur, indolente à la pression, n'est le siège d'aucune douleur spontanée. Quand le malade se sert d'une bêche ou d'une pioche, il ressent comme un engourdissement dans la main et il ne peut prolonger longtemps son travail. Les mouvements des doigts sont parfaitement libres. Un médecin qui avait été consulté, il y a un mois, avait pratiqué une ponction qui n'avait donné issue qu'à une goutte de sang.

9 *novembre.* L'opération est pratiquée au milieu du nuage phéniqué, le malade est chloroformé et une bande d'Esmarch est appliquée sur la main et l'avant-bras. Une incision de 6 centimètres, parallèle au pli moyen de la main, est pratiquée suivant le grand axe de la tumeur. Après avoir divisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, on touche sur la membrane d'enveloppe du lipome qui, tout d'abord, s'énuclée facilement. Mais bientôt je m'aperçois que la tumeur se prolonge au-dessous du faisceau des tendons fléchisseurs des doigts et s'étend même jusqu'à la partie supérieure et externe de l'éminence hypothénar. La dissection et l'énucléation de cette partie de la tumeur ont été longues et difficiles. Néanmoins, j'ai pu l'enlever d'une façon très complète. Aucun vaisseau important n'avait été divisé. Un drain fut appliqué jusqu'au fond de la plaie. Six points de suture avec un fil d'argent en rapprochèrent les lèvres, et le pansement de Lister fut appliqué. Par-dessus, j'appliquai une épaisse couche d'ouate maintenue avec une bande, afin

d'exercer sur la plaie une compression douce. Le poids de la tumeur est de 85 grammes ; elle est formée uniquement de graisse.

10 *novembre*. La nuit a été bonne. Apyrexie.

11 *novembre*. Vives douleurs pendant la nuit, le pansement est levé. Il sort, par le drain, du pus et du sang. Le drain est retiré, lavé, puis réappliqué, même pansement.

12 *novembre*. La main est un peu enflée, empâtement et douleur à la pression, au-dessus du poignet. J'enlève les sutures. La plaie n'est pas réunie. Fièvre.

13 *novembre*. Même état, avec tendance à l'aggravation. Suppuration abondante, fièvre, deux bains antiseptiques du bras et de la main, de deux heures chacun pendant la journée. Après chaque bain, la main est enveloppée d'un cataplasme de farine de lin, arrosé d'eau phéniquée.

14 *novembre*. Même traitement.

15 *novembre*. Mieux très marqué. La douleur et le gonflement du poignet ont disparu, la suppuration diminue.

17 *novembre*. On supprime les bains. Pansement avec de la charpie trempée dans un mélange d'alcool camphré et d'eau phéniquée.

L'état de la main continue à s'améliorer les jours suivants. Le 25 novembre, il n'y a plus de suppuration, la plaie est presque complètement cicatrisée, les mouvements des doigts sont conservés ; lorsqu'il est pris tout à coup d'accidents cérébraux, perte complète de la parole et de la connaissance, mouvements conservés, sensibilité amoindrie ; le 26, la famille le transporte mourant chez lui.

Nous avons eu à faire ici à un lipome qui, probablement, avait pris naissance dans les appendices graisseux des franges synoviales des tendons fléchisseurs des doigts ; entre ces tendons et la voûte formée par le métacarpe, la tumeur augmentant de volume avait fait saillie entre le bord externe de ce paquet tendineux et les muscles de l'éminence thénar, puis s'était développée librement dans le tissu cellulaire sous-cutané, où elle ne rencontrait aucune résistance. Sans parler de la ponction qui m'avait éclairé sur la nature de la tumeur, j'avais pensé tout d'abord que je n'avais point affaire à un kyste synovial, parce que la tumeur s'était développée silencieusement, sans aucune douleur, même lorsque le malade se servait de sa main ; seulement, lorsqu'elle eut pris des proportions considérables, s'il se servait d'une bêche, il survenait de l'engourdissement dû à la compression des nerfs. Un kyste synovial de même volume eût déterminé une douleur plus aiguë et qui se serait prolongée plus ou moins longtemps après le travail, ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de le constater.

J'insiste sur cette particularité dont il faut, je crois, tenir compte, parce qu'elle peut venir en aide au diagnostic des lipomes de la main, diagnostic presque toujours difficile.

Sans m'arrêter davantage sur les autres détails de cette observation, je ferai remarquer l'heureuse influence des bains antiseptiques tels que les emploie M. le professeur Verneuil. Ils ont immédiatement fait cesser la douleur et l'inflammation, et, grâce à eux, le malade a évidemment évité un phlegmon de la main et de l'avant-bras, et je dois

dire que, dans plusieurs cas analogues, où j'y ai eu recours, ils m'ont toujours donné les meilleurs résultats.

Je ne parle pas de la mort du malade qui, déterminée par des accidents cérébraux, n'a aucun rapport avec l'opération.

Discussion.

M. Pozzi. Dans les régions comme la paume de la main, la plante du pied, où il n'y a pas de pannicule adipeux sous-cutané, les lipomes ont toujours une origine profonde, ils peuvent devenir sous-cutanés, mais ils ne le sont jamais primitivement.

M. Notta. Je crois que le lipome dont je vous parle avait son point de départ dans les franges synoviales sous-jacentes à la gaine des fléchisseurs.

M. Pozzi. Cette origine est l'analogue de celle des lipomes arborescents décrits par Billroth et qui proéminent dans les articulations.

M. Trélat. J'ai communiqué, il y a 20 ans, l'observation d'un homme de 60 ans qui portait un lipome de ce genre. Trois chirurgiens avaient diagnostiqué un kyste, c'était aussi mon opinion. Je fis trois ponctions sans amener le liquide, j'employai chaque fois un trocart plus gros. La troisième piqûre donna issue à un lobule graisseux; en tirant dessus, j'amenai le lipome entier par une sorte d'accouchement. Il s'était développé sous le ligament annulaire du carpe.

M. Le Fort. J'ai enlevé un lipome de la main, et l'emploi de la bande d'Esmarch m'a permis de voir qu'il avait une origine profonde et était sous-aponévrotique. M. Notta a parlé de bain antiseptique de Verneuil. Cela n'est pas nouveau, il y a très longtemps que je fais de la balnéation continue avec des compresses humides recouvertes de taffetas imperméable.

M. Trélat. Je fais une réclamation du même ordre; M. Le Fort fait une confusion. M. Verneuil préconise une balnéation fréquente, mais intermittente, et fait un pansement variable entre les séances de balnéation. Depuis 12 ou 13 ans, je traite les inflammations graves des membres, par un bain antiseptique fréquemment répété, et composé de 3 à 4 litres d'eau additionnés d'un verre d'eau-de-vie camphrée. Ces bains antiseptiques sont les bains de tout le monde, et il ne faut pas les confondre avec les pansements à l'eau dont Malgaigne a rappelé l'antiquité.

M. le secrétaire général donne lecture du travail suivant adressé à la Société par M. Bourguet, d'Aix, membre correspondant.

Observations pour servir à l'étude des formes et des variétés du charbon, de son mode de transmission et de son traitement,

par le docteur E. Bourguet (d'Aix).

I.

Parmi les maladies qui peuvent être communiquées des animaux à l'homme, le charbon est incontestablement une des plus fréquentes et des plus dangereuses.

Quoique l'étude de cette maladie ait été poursuivie avec beaucoup de soin, depuis plus d'un siècle, et qu'elle continue à l'être avec ardeur à l'époque actuelle, il existe encore néanmoins plus d'une obscurité sur quelques-unes des questions qui s'y rattachent, en particulier sur les formes diverses sous lesquelles elle peut se manifester, sur son mode de transmission et sur le meilleur traitement à lui opposer dans les cas graves.

Convaincu que la solution de toutes ces questions est d'une haute importance au triple point de vue de la pathologie, de la clinique et de l'hygiène publique, persuadé d'autre part que cette solution n'est possible qu'à l'aide d'observations nombreuses, recueillies avec soin et sans idées préconçues, nous avons profité des occasions qui se sont offertes à nous, le charbon étant assez commun en Provence, pour noter les faits qui nous ont paru présenter de l'intérêt à ces divers points de vue.

Nous commencerons cette exposition en relatant deux observations, terminées l'une et l'autre par la mort du malade, dans lesquelles l'affection charbonneuse a offert, sous le rapport de sa forme et de son évolution, des particularités que nous n'avons pas retrouvées dans les faits analogues dont nous avons pu prendre connaissance.

Voici ces deux observations :

Obs. I.—*Œdème malin des paupières coexistant avec une tumeur charbonneuse de la région cervicale survenue deux jours et demi plus tard; injections hypodermiques d'acide phénique; cautérisation avec le sublimé; vésicatoires; acide phénique à l'intérieur, etc.; mort le neuvième jour.*

B..., Vincent, ouvrier mégissier, âgé de 26 ans, bien constitué, d'une bonne santé habituelle, me fait appeler le 9 octobre 1875, et me fournit sur sa maladie les renseignements suivants :

Il y a trois jours, le 6 octobre au matin, après avoir travaillé toute la journée de la veille à la tannerie, il s'est aperçu à son réveil d'une légère tuméfaction de la paupière inférieure du côté droit. Il n'a pas le souvenir d'avoir été piqué par une mouche, ni de s'être inoculé en travaillant pendant les jours précédents aucune matière septique à l'œil ou à la paupière. La tuméfaction est molle, œdémateuse, sans accompagnement de démangeaison ni d'aucune sorte d'éruption. Elle augmente considérablement dans le courant de la journée, sans toutefois empêcher le malade de continuer son travail. Le lendemain, il se rend encore à l'atelier, mais le gonflement de la paupière prend de telles proportions que B. se voit dans la nécessité de rentrer à son domicile.

Le 8 octobre, il va consulter un médecin, ou plutôt il rencontre accidentellement dans la rue un de nos honorables confrères qui, après un examen rapide, conseille l'application des compresses imbibées d'eau blanche.

Je le vois à mon tour le lendemain dans l'après-midi, trois jours et demi après le début des accidents, et je note ce qui suit :

La face du côté droit est le siège d'une tuméfaction très considérable et présente un aspect repoussant. L'œil est complètement fermé ; les deux paupières sont fortement œdématiées et forment un gros bourrelet saillant extérieurement. La tuméfaction s'étend au front, au nez, à la lèvre supérieure et tend à gagner la partie antérieure de l'oreille. Il n'existe sur aucun point de plaque noire, d'eschare, de pustule charbonneuse ; seulement sur la paupière inférieure, on distingue deux vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle, analogues à des vésicules d'herpès et remplies de sérosité citrine. Ces vésicules, au dire du malade, n'existaient pas hier au soir et se sont développées pendant la nuit ; elles sont le siège d'une démangeaison assez vive ; autour d'elles, on aperçoit les traces d'une ou deux autres qui ont dû être déchirées par le grattage avec les ongles. Les tissus sur lesquels elles reposent sont indurés et présentent un aspect un peu gaufré, mais, comme nous venons de le dire, il n'existe pas des indices de gangrène ni d'autres lésions appréciables.

Vers le milieu de la région cervicale du côté droit, à partir de deux ou trois travers de doigt du rebord du maxillaire inférieur, on constate une tuméfaction diffuse, molle, œdémateuse, analogue à l'œdème de la face, mais offrant moins de dureté, et s'étendant jusqu'à une petite distance de la clavicule. Cette tuméfaction, entièrement distincte de celle de la face, et sans continuité avec elle, soit directement, soit par des traînées lymphatiques, forme un relief extérieur du volume du poing. La peau conserve extérieurement ses caractères normaux ; on n'y remarque sur aucun point ni vésicules, ni induration parcheminée, ni eschare gangréneuse. La tumeur en question n'existait pas hier au soir; elle s'est développée dans le courant de la nuit, sans provoquer de la douleur ni d'autres symptômes locaux, et elle n'a été aperçue par le malade que ce matin au réveil. Son siège paraît assez profond dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous-aponévrotique.

L'état général présente des signes manifestes de gravité. Le pouls est dur, petit, fréquent (110 à 115 pulsations); soif; inappétence; nausées; vomissements, à trois reprises, dans le courant de la nuit, de matières bilieuses, porracées; anxiété générale; sensation de froid intérieur; température au-dessous de la moyenne; peau couverte de sueur visqueuse; langue sèche, un peu râpeuse. Au dire du malade, la plupart de ces symptômes graves se sont développés cette nuit seulement.

Traitement. — Après avoir fait préparer une solution d'acide phénique au cinquantième (acide phénique 2 grammes, alcool 20 grammes, eau 80 grammes), je pratique séance tenante une dizaine d'injections, de dix à douze gouttes chacune de cette solution, au moyen de la seringue Pravaz. Le sang recueilli et examiné plus tard au microscope renferme un très grand nombre de bactéridies charbonneuses. Les deux vésicules de la paupière inférieure sont incisées et recouvertes, ainsi que les parties voisines, d'une mince couche de poudre de sublimé; badigeonnage de tous les autres points des paupières et de la tumeur du cou avec de la teinture d'iode pure, suivi de l'application d'une série de vésicatoires recouvrant et dépassant même de quelques centimètres toutes les parties tuméfiées; enfin, administration à l'intérieur d'une potion de Tood additionnée de 50 centigrammes d'acide phénique et de 4 grammes d'extrait de quinquina pour 150 grammes de véhicule.

10 *octobre.* — Nuit mauvaise; le malade a déliré à plusieurs reprises; persistance des vomissements; aggravation générale des symptômes notés la veille; la tuméfaction de la face et du cou a fait des progrès sensibles. — Nouvelles injections phéniquées, au nombre de vingt, disséminées sur les points les plus tuméfiés de ces deux régions, enlèvement des vésicatoires et pansement avec des compresses imbibées de solution phéniquée au centième; continuation de la potion au quinquina et à l'acide phénique; vin; bouillon; limonade vineuse.

A la visite de l'après-midi, la situation est peu modifiée; le pouls seul a un peu augmenté de fréquence. — Nouvelles injections d'acide phénique, en même nombre que le matin; continuation de tout le reste de la prescription.

11 *octobre.* — L'œdème a dépassé la clavicule et tend à gagner les parois de la poitrine; il s'étend en outre à tout le front, au nez, aux paupières de l'œil gauche; les lèvres, surtout du côté droit, présentent, de même que la paupière inférieure, une dureté ligneuse et un volume monstrueux. Les vomissements persistent, à intervalles éloignés; tendance aux lipothymies; le pouls varie entre 120 et 125; prostration plus grande; assoupissement et délire tranquille. Une vingtaine d'injections phéniquées sont encore pratiquées sur les divers points de la face, du cou, des paupières et des lèvres qui paraissent les plus compromis; pansement des vésicatoires avec un mélange à parties égales d'essence de térébenthine et d'huile d'olives; continuer la potion, le vin et le bouillon.

Les jours suivants, l'état du malade va progressivement en empirant, mais l'aggravation a lieu d'une manière assez lente. L'œdème envahit peu à peu toute la face, le cuir chevelu, la région cervicale du

côté opposé, la plus grande partie des parois de la poitrine et une assez grande portion de la paroi abdominale. L'intelligence s'affaisse de plus en plus; la prostration et la faiblesse générale augmentent; le délire devient permanent. Le malade passe toute la journée du 14 octobre dans un état semi-comateux. Il s'éteint le soir, vers 10 heures, sans secousse et sans convulsions.

Les injections phéniquées ont été continuées, matin et soir, pendant les journées du 12 et du 13 octobre. Il n'en a pas été fait le jour de la mort.

L'autopsie n'a pas pu être pratiquée.

L'enquête qui se poursuit depuis quelque temps sur le meilleur mode de traitement des maladies charbonneuses et la part de plus en plus grande qui tend à être faite aux injections hypodermiques dans ce traitement donnent à cette observation un intérêt qui suffirait pour justifier sa publication.

On y voit que les injections d'acide phénique, malgré la persévérance avec laquelle elles ont été pratiquées et leur association à l'usage interne de ce médicament, à la cautérisation avec le sublimé, aux badigeonnages de teinture d'iode et à l'application de larges vésicatoires sur les surfaces malades, n'ont pas empêché une terminaison funeste.

A quelle cause convient-il de rapporter cet insuccès et quels enseignements peut-on tirer de ce fait au point de vue pratique?

Il y a lieu de tenir compte tout d'abord de la période à laquelle la maladie était parvenue au moment où le traitement a été institué, en même temps que d'une autre circonstance sur laquelle nous reviendrons dans un instant, nous voulons parler de la forme particulière du charbon et de sa gravité exceptionnelle.

Mais, cette part une fois faite, peut-on dire que les effets du traitement ont été complètement nuls et que ce fait plaide par conséquent contre les injections hypodermiques?

Nous ne le pensons pas.

Il suffit, en effet, de lire avec soin les détails de l'observation pour se convaincre que la médication employée, si elle n'a pas eu pour résultat d'amener la guérison, a eu du moins pour effet de ralentir la marche de l'affection charbonneuse, puisque, contrairement à ce qui s'observe généralement dans les cas d'œdème charbonneux terminés par la mort, le malade n'a succombé ici que le neuvième jour à dater de l'apparition des premiers accidents.

On peut se demander, en outre, si les injections phéniquées, qui n'ont pu être commencées que le troisième jour, ont été assez largement appliquées; si, par exemple, dix piqûres pratiquées dans la première séance étaient suffisantes pour détruire toutes les bactéridies charbonneuses disséminées dans les parties malades de la

face et du cou, et si un intervalle de plus de quinze heures qui s'est écoulé entre la première et la seconde application des injections hypodermiques n'était pas trop considérable ?

Nous serions assez disposé à partager cette manière de voir et à croire qu'en réalité les injections d'acide phénique ont été employées avec trop de parcimonie... Aussi, dans le cas où nous nous déciderions à recourir encore à cette médication, n'hésiterions-nous pas à multiplier le nombre des piqûres et à rapprocher davantage les séances. Il est impossible de ne pas reconnaître, toutefois, que cette observation prise dans son ensemble, ne plaide pas très haut en faveur des injections d'acide phénique et n'est pas de nature à engager les praticiens à leur donner la préférence.

Le traitement préconisé par M. le professeur Verneuil (particulièrement la révulsion énergique et profonde avec les pointes de feu du thermo-cautère, les injections interstitielles de teinture d'iode et l'administration de l'iode à l'intérieur) eût-il amené la guérison ?

Nous ne saurions le dire et personne évidemment ne pourrait l'affirmer. Cependant, en présence de la mort de notre malade et des succès enregistrés par M. Verneuil dans plusieurs cas qui offrent une certaine analogie, au point de vue de la gravité, avec celui qui fait l'objet de cette observation, nous avouons volontiers que, dans une circonstance semblable, nous donnerions la préférence à la médication suivie par notre éminent collègue.

Quant à l'emploi des vésicatoires dont nous avions retiré de bons résultats dans un cas de pustule maligne très grave de l'avant-bras, observé en 1846 [1], et dans un cas d'œdème charbonneux des paupières dont l'observation est restée inédite, on vient de voir que, dans le cas actuel, cette méthode s'est montrée tout aussi impuissante que les injections d'acide phénique. Nous rapporterons dans un instant un second fait d'insuccès du vésicatoire. C'est donc encore là un moyen, sinon à abandonner, du moins sur lequel il n'est pas permis de fonder d'aussi grandes espérances que nous l'avions cru tout d'abord.

En résumé, jusqu'à nouvel ordre, c'est-à-dire jusqu'à ce que des faits attentivement observés démontrent, à leur tour, l'inefficacité des injections iodées dans les formes les plus graves de la maladie charbonneuse, c'est à ces injections associées à l'administration de l'iode à l'intérieur et à la cautérisation avec le thermo-cautère, conformément à la pratique adoptée par M. Verneuil, qu'il nous semble rationnel de donner la préférence.

[1] *Gaz. méd. de Paris*, 1848, t. III, 3e série, p. 414.

II

Après avoir cherché à mettre en relief les enseignements qui découlent de ce fait au point de vue thérapeutique et plus particulièrement au point de vue des injections hypodermiques, nous nous proposons d'appeler l'attention sur une autre question qui ne nous paraît pas moins digne d'intérêt, nous voulons parler de la *forme* que l'affection charbonneuse a revêtue chez le sujet de cette observation.

Notre malade, on s'en souvient, a présenté dès le début et pendant tout le cours de sa maladie, les signes caractéristiques de l'œdème malin des paupières, c'est-à-dire d'une forme particulière de charbon, connue surtout depuis la description qui en a été faite, en 1843, par M. Bourgeois, d'Étampes [1], forme très différente de la pustule maligne et dont tous les auteurs qui en ont observé des exemples ont signalé la gravité beaucoup plus considérable. Pour notre compte, nous avons eu occasion d'en rencontrer cinq cas dans notre pratique ; trois se sont terminés par la mort.

Mais, en dehors de l'œdème charbonneux des paupières, cet homme était porteur d'une tumeur ou plus exactement d'une tuméfaction du volume du poing située à la partie moyenne de la région cervicale du même côté que l'œdème, survenue deux jours et demi après l'apparition de celui-ci, revêtant, à quelques nuances près, les mêmes caractères extérieurs, et comme lui, par conséquent, de nature charbonneuse, mais néanmoins complètement distincte et séparée de l'œdème facial par un intervalle considérable. Ajoutons que cette tuméfaction ne s'accompagnait pas d'altération des téguments ; qu'elle paraissait s'étendre à une certaine profondeur et siéger tout à la fois dans le tissu conjonctif sous-cutané et sous-aponévrotique. Enfin, son développement avait coïncidé avec une aggravation très sensible de l'état du malade et l'apparition de symptômes généraux dénotant une intoxication charbonneuse plus profonde, tels que : fréquence et petitesse de pouls, vomissements, sueurs froides, lipothymies, délire, langue sèche et râpeuse, etc.

La corrélation de cette tumeur avec l'œdème palpébral et, par conséquent, sa nature charbonneuse ne sauraient être mises en doute. Mais comment le développement s'en est-il effectué et quel rôle convient-il de lui assigner dans l'évolution de la maladie principale ? Doit-on rattacher cette tumeur à une forme non encore décrite de l'affection charbonneuse, ou ne faut-il y voir que la conti-

[1] J. Bourgeois. *Arch. génér. de médec.*, février et mars 1843.

nuation de l'œdème malin de la face et sa propagation à la région cervicale?

L'observation suivante facilitera peut-être la réponse à ces diverses questions.

Obs. II. — *Pustule maligne de la face coïncidant avec une tumeur charbonneuse de la région cervicale; mort rapide; autopsie.*

Le 4 juillet 1869, est admis à l'hôpital d'Aix, le nommé Garborino, ouvrier terrassier, d'origine italienne, âgé de 26 ans, d'une constitution forte et vigoureuse; beau-frère d'un second malade qui se trouve déjà en traitement à l'hôpital, depuis cinq jours, pour un œdème charbonneux des paupières. (C'est celui dont nous avons signalé plus haut la guérison par les vésicatoires.)

Ces deux malades, ainsi que le fait sera établi plus tard, avaient soigné l'un et l'autre un mouton atteint de fièvre charbonneuse et avaient mangé de la viande provenant d'un second mouton atteint de la même maladie.

Au moment de son entrée, Garb.... présente au bas du front, dans l'intervalle des sourcils, une toute petite eschare noire, de sept à huit millimètres de diamètre, avec coloration violacée des téguments au pourtour de l'eschare, mais sans aréole vésiculaire, sans induration et sans œdème de voisinage.

Il raconte que cette lésion existe depuis trente heures environ, qu'il l'a constatée la veille en se levant, sous forme d'une tache analogue à une morsure de puce, accompagnée d'une démangeaison assez vive; néanmoins, il a continué à travailler pendant toute la journée d'hier et il a mangé à peu près comme à son ordinaire. Le soir seulement, il s'est senti un peu moins d'entrain et s'est couché après un léger souper. Il a mal dormi et a été agité toute la nuit. Le 4 juillet, à son réveil, il s'est aperçu que son cou présentait une assez grosse enflure. Effrayé par ce qui était arrivé à son beau-frère, il a pris immédiatement le chemin de l'hôpital, en faisant à pied un trajet de neuf à dix kilomètres.

A mon examen, vers neuf heures du matin, je constate, en dehors des lésions du bas du front décrites ci-dessus, une tumeur du volume d'un petit œuf de dinde, de forme hémisphérique, vaguement fluctuante, un peu violâtre et comme ecchymosée vers son milieu, siégeant à la partie moyenne de la région cervicale, un peu en dedans et en avant du sterno-mastoïdien droit. Le pourtour en est œdémateux, tremblotant et un peu crépitant quand on presse fortement avec le doigt. L'œdème va ensuite en diminuant, mais il s'étend pourtant à une certaine distance dans tous les sens. Les téguments correspondant à la tumeur ne présentent aucune trace de gangrène; on n'y constate également ni vésicule, ni pustule, ni aucune autre lésion épidermique.

Le malade affirme très positivement que cette tumeur du cou n'existait pas hier au soir au moment où il s'est couché. Elle s'est déve-

loppée dans le courant de la nuit, sans qu'il puisse dire si elle s'est formée rapidement ou peu à peu. Elle est le siège de quelques élancements et d'une chaleur brûlante, en même temps qu'elle occasionne un sentiment de constriction pénible.

Garborino accuse en outre un peu de soif, de l'inappétence; la langue est légèrement saburrale; le pouls aux environs de 90; prostration générale; altération des traits de la face; sentiment vague de danger, et par-dessus tout extrême préoccupation morale. Nous ne notons ni nausées, ni vomissements, ni lipothymies. L'intelligence est parfaitement conservée.

Comme traitement, je prescris l'application d'une mince couche de poudre de sublimé sur le point charbonneux du front, après incision cruciale de l'eschare, et un large vésicatoire sur la tumeur cervicale. Potion alcoolique additionnée de 4 grammes d'extrait de quinquina; vin; bouillon; limonade vineuse.

Obligé de m'absenter pendant la journée, il m'est impossible de revoir le malade l'après-midi. A trois heures, il est visité par le chef interne et les élèves du service qui ne constatent pas de changement notable et recommandent la continuation du traitement prescrit le matin.

Vers dix heures du soir, son voisin de lit entend Garb.... gémir et respirer péniblement. On appelle l'interne de garde, qui, à son arrivée, le trouve presque agonisant, en proie à une véritable asphyxie. La mort a lieu quinze à vingt minutes après.

Autopsie onze heures après la mort. — Le cadavre présente déjà un état de putréfaction très avancée. Le ventre est fortement ballonné par les gaz intestinaux, du sang s'est échappé par la bouche et les narines. Un grand nombre de mouches, dont il est fort difficile de se défendre, sont fixées autour du cadavre et remplissent la salle d'autopsie.

La plaque gangréneuse du front présente le même aspect que la veille au matin. Sa base reste toujours sans induration, et il n'existe pas de tuméfaction circonvoisine plus prononcée qu'au moment de notre visite. Incisée dans toute son épaisseur, elle est constituée par une eschare noire, dure, sèche, presque cornée; au-dessous d'elle, le tissu cellulaire sous-cutané est un peu rougeâtre, infiltré de sérosité de couleur citrine.

La tumeur charbonneuse de la région cervicale, au contraire, a manifestement augmenté de volume. On y constate à l'extérieur les traces du vésicatoire appliqué la veille. Les dimensions de l'emplâtre vésicant ont été trop exiguës; non seulement il n'a pas dépassé les limites de la tumeur, mais il ne l'a même pas complètement recouverte. Toute la région correspondante est emphysémateuse, à une grande distance, ainsi que les parois de la poitrine et de l'abdomen. Les téguments offrent, en plusieurs endroits de ces diverses régions, des taches brûnâtres. Une incision pratiquée du haut en bas, au centre de la tumeur cervicale, met à découvert un foyer contenant une cuillerée à soupe environ de sang liquide et poisseux. Autour de ce foyer sanguin, le tissu conjonctif est infiltré de sérosité gélatiniforme de couleur citrine

mélangée de gaz fétides. On rencontre également une assez grande quantité de cette même sérosité gélatiniforme infiltrée autour de la trachée et de l'œsophage, ainsi que le long des vaisseaux du cou. On y distingue pareillement quelques bulles de gaz fétides, mais on ne découvre dans aucun point des traces de pus ni d'exsudat plastique.

Le tissu conjonctif de la région cervicale, particulièrement autour de la tumeur charbonneuse, est rouge, brunâtre, ramolli, comme pulpeux. Les muscles sont mous et friables, ainsi que les ganglions lymphatiques qui sont augmentés de volume et congestionnés. Les vaisseaux sont gorgés de sang noir, épais et fluide, principalement la jugulaire interne et les deux veines caves. Les cavités du cœur renferment aussi beaucoup de sang noir, non coagulé, surtout les cavités droites. Les plèvres et le péritoine contiennent une quantité assez notable de sérosité sanguinolente. De la sérosité analogue infiltre le médiastin antérieur. Les poumons, le foie, la rate, les reins sont gorgés de sang noirâtre, poisseux, non coagulé. Le parenchyme du foie et de la rate offrent en outre un volume plus considérable qu'à l'état normal et se déchirent très facilement. Les intestins, fortement distendus par des gaz, présentent à l'extérieur une couleur rouge-brunâtre, et, de distance en distance, quelques taches ecchymotiques à contour irrégulier, de couleur noirâtre ou violâtre foncé. Les autres organes ne sont pas examinés.

Ainsi que nous l'avons fait remarquer en commençant, les deux observations dont on vient de lire les détails diffèrent sensiblement des cas de charbon (pustule maligne et œdème malin) rapportés par les auteurs ou consignés dans les recueils périodiques que nous avons pu consulter.

On voit, en effet, chez le premier malade, un cas d'œdème malin des paupières qui se complique, du deuxième au troisième jour, d'une tumeur à la région cervicale, de telle sorte qu'il existe, en ce moment, chez le même sujet, deux tumeurs ou deux tuméfactions volumineuses et étendues, de nature évidemment charbonneuse, siégeant l'une aux paupières, l'autre au cou, complètement isolées et indépendantes l'une de l'autre, survenues à des dates successives, et développées, la première sans fièvre, la seconde, au contraire, au milieu d'un appareil fébrile et de symptômes généraux d'une extrême gravité.

Dans la seconde observation, les différences sont encore plus accentuées.

Ainsi la manifestation initiale du charbon n'appartient plus, comme dans le premier cas, à la forme œdémateuse ; c'est une toute petite pustule maligne, un simple bouton charbonneux situé à la partie inférieure de la région frontale, sans vésicules, sans induration, sans œdème de voisinage, et la tumeur cervicale, infiniment plus grave, qui occasionne la mort en dix-huit heures, n'ap-

paraît que vingt-quatre heures plus tard. Ajoutons que tout comme chez le premier malade et contrairement à ce qui se passe dans la pustule maligne et l'œdème malin au moment de leur première apparition, tandis que la tumeur du cou se développait, le sujet éprouvait du malaise, de l'insomnie, de la fièvre.

Les caractères extérieurs de la maladie elle-même présentent aussi quelques différences avec la pustule maligne et l'œdème malin ordinaires.

Il suffira de signaler comme opposition avec la première de ces affections l'absence de toute gangrène locale, de toute vésicule, de toute pustule, de toute lésion épidermique qui forment l'accompagnement obligé de la pustule maligne. Ici, au contraire, rien de semblable ne s'observait; les téguments ne présentaient pas la plus légère altération.

Quant aux différences avec l'œdème malin, tout en reconnaissant que la distinction est plus difficile, nous ferons remarquer cependant que la tuméfaction du cou observée chez nos deux malades était plus circonscrite, plus limitée, moins superficielle que la tuméfaction de l'œdème charbonneux classique ; elle siégeait plutôt dans le tissu conjonctif sous-cutané, sous-aponévrotique et intermusculaire que dans le derme et l'épiderme, ainsi que la démonstration a pu en être faite anatomiquement, chez le sujet de l'observation II, l'autopsie ayant fait découvrir un foyer sanguin sous-dermique, une augmentation de volume des ganglions lymphatiques et une infiltration de sérosité gélatiniforme, de couleur citrine, mélangée de gaz fétides, autour de la trachée, de l'œsophage et le long des vaisseaux du cou.

Ces différences sont-elles suffisantes pour faire admettre une troisième forme de charbon voisine de l'œdème malin, mais en différant par un plus haut degré d'intoxication charbonneuse, caractérisée par des tumeurs d'un volume plus ou moins considérable, se développant rapidement pendant le cours d'une pustule maligne ou d'un œdème malin ordinaires, par conséquent de nature *secondaire* ou *symptomatique*, et présentant, à ce point de vue, une certaine analogie avec le charbon symptomatique décrit par Fournier[1], ainsi qu'avec la fièvre charbonneuse avec éruption de tumeurs extérieures que l'on observe assez fréquemment chez les animaux, suivant l'excellente description qui en a été faite, d'abord par Chabert, puis beaucoup plus récemment par Renault et M. Reynal[2] ?

Tout en reconnaissant que les faits que nous pouvons apporter

[1] N. Fournier. *Obs. et expér. sur le charbon malin*, Dijon, 1769.

[2] L. Bouloy et Reynal, *Dict. de médec. vétér.*, t. III, p. 497.

à l'appui de cette manière de voir sont peu nombreux (ces deux observations se sont présentées sur un total d'une centaine de cas de pustule maligne et cinq cas d'œdème malin), nous ferons remarquer cependant que cette interprétation permettrait tout à la fois de rendre compte de la gravité exceptionnelle de la maladie, des phases successives de son développement, de sa coïncidence avec l'apparition de la fièvre et des symptômes d'intoxication générale, en même temps qu'elle serait en concordance avec les données de la pathologie comparée et qu'elle fournirait une explication satisfaisante des faits assez embarrassants relatés par Fournier et de plusieurs autres qui ne le sont pas moins, en particulier de ceux qui ont trait à une épidémie charbonneuse observée par Bayle, au commencement de ce siècle, dans plusieurs communes du département des Basses-Alpes [1].

Quoi qu'il en soit, la question nous a paru mériter d'être posée et discutée. Il appartient aux faits ultérieurs observés avec soin de continuer ou d'infirmer cette hypothèse. Peut-être qu'en les examinant à ce point de vue, on reconnaîtra que les cas de ce genre ne sont pas aussi rares et aussi exceptionnels qu'on serait porté à le croire au premier abord. Nous faisons donc appel à l'expérience de nos confrères, particulièrement de ceux qui sont en situation d'observer un grand nombre de maladies charbonneuses, pour arriver à la solution de ce problème de pathologie clinique.

III

Ainsi que la remarque en a été faite en commençant, la connaissance des *formes* sous lesquelles le charbon peut se manifester, chez l'homme, laisse encore considérablement à désirer. Et cependant, personne ne saurait mettre en doute l'importance de cette étude au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement de cette terrible maladie.

Sans parler de la *fièvre charbonneuse* et du *charbon malin symptomatique*, tel que l'avait compris Fournier et que l'ont admis un certain nombre d'auteurs classiques (Bouillaud, Bérard et Denonvilliers, Vidal (de Cassis), etc.); sans revenir non plus sur les tumeurs charbonneuses de nature secondaire dont il a été précédemment question, nous allons relater quelques faits qui prouvent que tout n'a pas encore été dit à propos des diverses formes et des diverses variétés de charbon, et qu'il y a là toute une étude à entreprendre en s'inspirant des notions fournies par la pathologie

[1] G.-L. Bayle. *Consid. sur la nosolog., etc., et suiv. d'obs. pour servir à l'hist. des pust. malign.* Paris 1802. Voir la note ci-après, p. 25.

comparée, car, il faut bien le reconnaître, cette question est traitée avec plus de soin dans les ouvrages de médecine vétérinaire que dans ceux de pathologie humaine.

Voici d'abord un fait dans lequel le charbon s'est présenté primitivement sous forme d'une induration circonscrite, sans accompagnement de gangrène locale ni d'autre lésion épidermique, et dans lequel la tuméfaction œdémateuse circonvoisine qui forme le cortège habituel de la maladie ne s'est montrée que plusieurs jours après l'apparition de la tumeur; l'observation est en outre intéressante au point de vue des bons effets du traitement par les injections hypodermiques d'acide phénique et d'hydrate de chloral.

Obs. III. — *Tumeur charbonneuse de la joue, sans lésion extérieure concomitante; cautérisation avec le sublimé; injections hypodermiques d'acide phénique et de chloral; guérison.*

Le 21 août 1878, je suis appelé auprès de M. M..., négociant en peaux, âgé de 32 ans, d'une constitution moyenne, d'une bonne santé habituelle, qui, après avoir travaillé pendant la journée du 17 août à secouer et à emballer un grand nombre de peaux de mouton de toute provenance, avait vu survenir, le lendemain, un petit bouton dur, accompagné d'une vive démangeaison, dans la fossette de la joue gauche, à trois ou quatre centimètres de l'angle des lèvres, sans lésion appréciable des téguments dans le point correspondant.

Le 19 août, la démangeaison continue et la grosseur augmente; le malade y ressent une chaleur vive avec sensation de brûlure; il attribue ces symptômes à l'action du rasoir et se borne à recouvrir la tuméfaction avec une compresse d'eau froide additionnée de teinture d'arnica, ces applications sont renouvelées de temps en temps et continuées le 20 et le 21 août. Ce n'est que ce jour-là, dans l'après-midi, trois jours complets après le début de la maladie, que je vois le malade pour la première fois.

Je note ce qui suit:

Tumeur très dure, saillante à l'extérieur du volume d'un petit œuf de poule ou d'une très grosse noix, aplatie d'avant en arrière, ayant pour siège la partie antéro-inférieure de la joue gauche à partir d'une très petite distance de l'angle des lèvres. La peau correspondante est comme chagrinée ou parcheminée, d'une dureté ligneuse, mais on n'y découvre sur aucun point ni vésicule, ni pustule, ni eschare gangréneuse. Autour de cette masse indurée existe un gonflement mou, œdémateux, comme tremblotant, s'étendant à une grande partie de la face, à la région sous-maxillaire et à la partie supérieure du cou. A l'intérieur de la cavité buccale, l'induration et l'œdème circonvoisin forment une saillie considérable qui refoule fortement la muqueuse au point de gêner la déglutition des liquides et de rendre entièrement impossible, depuis ce matin, celle des solides. Le pouls est aux environs de 100;

sentiment de chaleur, de cuisson, d'élancements, de tension douloureuse dans toute la face, mais principalement dans le point indiqué de la joue; état général en apparence peu grave, à part l'induration et la tuméfaction de la joue, le volume et l'étendue de l'œdème, la gêne de la déglutition.

L'analogie des symptômes présentés par ce malade avec la tumeur charbonneuse de la région cervicale observée dans les deux cas précédents, la profession particulière de M. M... et le maniement d'un grand nombre de peaux de mouton la veille de l'apparition des premiers accidents, l'extension rapide qu'a prise l'œdème depuis cette nuit, son caractère mou, pâteux, tremblotant, sans changement de couleur à la peau, me portent à diagnostiquer une tumeur de nature charbonneuse.

Comme traitement, j'applique, vers le centre de la masse indurée, après quelques scarifications préalables, un gramme de poudre de sublimé, que je maintiens en place en la circonscrivant dans un cercle formé à l'aide de la pâte d'encens et de teinture de benjoin, pâte qui a été recommandée et que j'ai employée moi-même plusieurs fois avec avantage dans des cas de fausse pustule maligne ou de pustule maligne peu grave. Je prescris en outre au malade de se gargariser et d'appliquer sur toutes les parties œdémateuses des compresses trempées dans le mélange suivant :

Acide phénique et hydrate de chloral ââ	4	grammes.
Alcool camphré	25	—
Eau.	225	—

A l'intérieur, administration d'une potion au quinquina et à l'acide phénique, par cuillerées, d'heure en heure.

Je revois le malade dans la soirée. La situation, sans s'être beaucoup aggravée, ne s'est cependant pas améliorée: pouls à 110; température 39°,4; agitation; malaise général; tête pesante et douloureuse; peau chaude et sèche. Continuation du traitement.

22 août au matin, aggravation très sensible. L'induration s'est étendue et la déglutition est notablement plus difficile; l'œdème atteint les deux paupières, le front, l'oreille, la région temporale, il descend en bas jusqu'à une petite distance de la clavicule; pouls à 125, petit, concentré, irrégulier; soif très vive; peau sèche; température 40°,2; langue fuligineuse; haleine fétide; délire par intervalles; respiration rapide, inégale, entrecoupée; altération des traits; vertiges; anxiété épigastrique; tendance aux syncopes.

En face de cette situation grave, je provoque une consultation, mais comme le danger est des plus pressants, je me décide à pratiquer immédiatement des injections hypodermiques avec le liquide anti-septique employé en gargarisme et en applications extérieures, liquide composé, ainsi qu'on l'a vu, d'acide phénique, de chloral, d'alcool camphré et d'eau. Six injections sont ainsi faites au centre de la tumeur charbonneuse de la joue avec la seringue Pravaz, et quinze à vingt gouttes de liquide sont injectées par chaque piqûre.

Quatre heures plus tard, six nouvelles injections sont encore pratiquées. Comme la première fois, le liquide anti-septique est disséminé au centre de la tumeur ou tout au moins dans les parties où l'induration est le plus prononcée. Traitement local et général *ut supra;* vin; bouillon; limonade vineuse.

Cinq heures du soir, l'œdème n'a pas fait de nouveaux progrès. La douleur, la tension, la chaleur brûlante auraient plutôt diminué qu'augmenté. L'état général reste à peu près le même. Quatre injections hypodermiques. Continuer le reste du traitement.

A dix heures du soir, quatre nouvelles injections sont encore faites dans la tumeur et quatre autres dans son voisinage immédiat, sur les parties où l'œdème est le plus prononcé.

23 août, amélioration évidente. M. M... a dormi une partie de la nuit; le pouls est descendu à 100; la température à 38°,6; bouillon et vin; limonade vineuse; même mode de pansement; continuation de la potion au quinquina et à l'acide phénique.

A dater de ce moment, la guérison peut être considérée comme assurée. L'eschare résultant de l'application du sublimé se détache le neuvième jour et laisse à sa suite une plaie de bonne nature. Les parties dures et œdémateuses reprennent peu à peu leur aspect et leur consistance normale; l'enflure toutefois se dissipe lentement et les forces sont longues à revenir; la cicatrisation de la plaie est complète le 18 septembre. Il n'est pas resté de cicatrice.

Cette observation nous paraît très propre à justifier l'opinion exprimée précédemment relativement aux avantages que présente la distinction des formes et des variétés du charbon et l'importance de cette étude au point de vue clinique.

Voilà un cas, en effet, qui diffère essentiellement de la pustule maligne, et qui, tout en offrant quelque analogie avec l'œdème malin, s'en éloigne cependant par la présence d'une tumeur dure, du volume d'un œuf de poule, formant relief à l'extérieur de la joue, repoussant en dedans la muqueuse buccale et rendant la déglutition impossible.

Que serait-il arrivé si, nous étayant sur cette considération que l'existence d'une pareille tumeur n'a pas été signalée jusqu'ici dans l'œdème malin, nous avions traité le malade comme atteint d'un phlegmon ou d'un anthrax ordinaires? Évidemment, le malheureux aurait payé de sa vie une semblable méprise.

Il est donc avantageux que les faits de ce genre soient mis sous les yeux des praticiens.

Une autre raison peut encore être invoquée: c'est que la différence de forme entraîne comme conséquence toute naturelle une différence dans le pronostic et dans le traitement.

Il suffira pour s'en convaincre d'examiner sous ce double rapport les diverses formes connues de la maladie charbonneuse.

La pustule maligne, par exemple, représente une forme relativement bénigne, une maladie exclusivement locale à son début et plusieurs jours même après son début. La cautérisation, qu'on la pratique au moyen du sublimé, du fer rouge, des caustiques solides ou liquides permet d'obtenir des succès presque constants, le mal étant facile à circonscrire et à atteindre dans tous ses points. La guérison spontanée ou réalisée à l'aide de moyens insignifiants (pâte d'encens, cataplasmes de feuilles de noyer, etc.), n'est même pas chose rare.

Dans l'œdème malin ordinaire, la cautérisation présente déjà bien moins de chances favorables, à cause de l'étendue beaucoup plus considérable de la maladie, de sa diffusion sur une vaste surface, de l'embarras que le médecin éprouve à choisir le point sur lequel le caustique doit être appliqué, et de la difficulté, souvent même de l'impossibilité absolue qu'il y a à détruire la totalité des germes charbonneux, que ces germes soient représentés par des bactéridies, comme cela est généralement admis aujourd'hui, ou par tout autre parasite végétal ou animal que l'on pourra découvrir plus tard. Les injections interstitielles, au contraire, ont déjà rendu et peuvent rendre ici de très grands services. Le vésicatoire nous a aussi donné de bons résultats, comme nous l'avons dit ailleurs.

Dans l'œdème malin compliqué d'induration profonde et étendue, comme chez le sujet de la dernière observation, la cautérisation et le vésicatoire nous paraissent devoir céder la place aux injections hypodermiques. Quelle autre médication, en effet, présenterait plus de puissance pour agir sur le siège du mal? La cautérisation, encore moins le vésicatoire, ne peuvent pénétrer à une assez grande profondeur pour neutraliser les germes morbides. Ajoutons que les injections doivent être faites surtout dans la partie qui est le siège de l'induration ou dans son voisinage immédiat.

Quelle part faut-il attribuer au liquide qui a servi à faire l'injection chez notre malade?

La rapidité avec laquelle le mal a été enrayé à dater du moment où les injections ont été commencées, tandis qu'il avait fait des progrès très sensibles à la suite de la cautérisation avec le sublimé, semblent indiquer que les injections d'acide phénique et de chloral ont contribué largement à la guérison. Il est possible cependant que la teinture d'iode ou tout autre liquide antiseptique en eût fait autant. Les faits ne sont pas encore actuellement assez multipliés pour permettre de tirer à cet égard des conclusions définitives. C'est donc surtout à titre de renseignement com-

paratif que ce fait peut offrir quelque intérêt sous le rapport thérapeutique.

Quant à la forme de charbon qu'ont présentée les malades des observations I et II (tumeurs charbonneuses secondaires, charbon symptomatique), les chances de guérison nous paraissent bien minimes, quel que soit le traitement auquel l'on s'adresse, l'économie étant sous le coup d'une intoxication générale dont la tumeur charbonneuse n'est, à proprement parler, que la manifestation extérieure.

La seule médication qui semble rationnelle, et à laquelle nous aurions recours si un fait de ce genre se représentait à nous, serait encore un très large emploi des injections intestitielles associées aux antiseptiques à l'intérieur, et peut-être aussi, selon les cas, à la cautérisation en flèches, c'est-à-dire aux pointes de feu avec le thermocautère, en pénétrant profondément dans l'épaisseur des tissus, comme l'a fait M. Verneuil, mais sans nous faire de trop grandes illusions sur les résultats et en comptant médiocrement sur l'efficacité de ce traitement.

IV

Nous venons de faire connaître trois cas de maladies charbonneuses revêtant une forme anormale et une extrême gravité. En voici trois autres qui s'éloignent, comme les précédents, des formes classiques et qui se font remarquer, en outre, par une très grande simplicité et une béniguité tout à fait exceptionnelle.

On va voir, en effet, que ces trois cas, qui ont guéri presque sans traitement, ont été caractérisés tous les trois par la production de simples taches ou de plaques gangréneuses limitées et circonscrites, précédées par de vives démangeaisons et de petites vésicules remplies de sérosité citrine, mais sans trouble général de la santé et sans accompagnement, comme dans la pustule maligne ordinaire, d'aréole vésiculaire formant une espèce de couronne au pourtour de l'eschare, ni de gonflement œdémateux du tissu cellulaire circonvoisin.

Ce qui ajoute encore à l'intérêt de ces faits, c'est qu'ils ont été recueillis chez des individus habitant le même logement et soumis aux mêmes causes d'intoxication charbonneuse que deux autres malades, dont l'un, qui nous est déjà connu (le sujet de l'observation II), a succombé en moins de 48 heures, et le second, auquel nous avons fait allusion plusieurs fois (œdème malin des paupières), a couru des dangers extrêmement sérieux et a fini par guérir à la suite de l'emploi des vésicatoires.

En réfléchissant sur la portée de ces faits, nous nous sommes

demandé si les observations que l'on va lire ne représenteraient pas une forme particulière de charbon voisine de la pustule maligne, mais en différant par l'absence d'aréole vésiculaire et d'œdème de voisinage, une *pustule maligne avortée ou ébauchée*, pour nous servir d'une expression heureuse de M. J. Guérin; ou bien encore si on ne pourrait pas les rattacher au *charbon sous forme de taches* que l'on rencontre chez plusieurs espèces animales, en particulier chez le bœuf, le mouton et le porc [1]?

Quoi qu'il en soit, ces observations et les circonstances au milieu desquelles la maladie s'est développée nous ont paru dignes d'être signalées. Elles constituent un puissant argument en faveur d'une opinion assez généralement admise en médecine vétérinaire, mais qui n'a pas été acceptée avec le même empressement en pathologie humaine, à savoir : *Que le virus ou principe charbonneux est unique dans son essence, mais qu'il peut se manifester sous des formes multiples et variées.*

Voici les trois observations dont il s'agit :

Obs. IV. — *Eschares charbonneuses disséminées sur plusieurs points de la face ; absence complète de symptômes généraux; trouble à peine appréciable de la santé.*

Le 4 juillet 1869, au moment même de l'entrée à l'hôpital d'Aix de Garborino, sujet de l'observation II, nous avons à visiter la sœur de cet homme, la femme Chiariglione, dont le mari, atteint d'œdème malin des paupières, était déjà à l'hôpital depuis six jours.

Cette femme, soumise comme son mari et son frère à des causes de contamination carbonculaire que nous ferons connaître dans un instant, présente vers le milieu du front, sur la pommette gauche et au bas de la joue du même côté, trois petites plaques gangréneuses caractérisées toutes les trois par une mortification circonscrite des couches superficielles de la peau; leurs dimensions varient depuis celle d'une grosse lentille jusqu'à celle d'une pièce de vingt centimes; la couleur de ces plaques est complètement noire; leur circonférence, un peu irrégulière, ne présente ni vésicule, ni pustule, ni aucune autre lésion extérieure; le tissu conjonctif sous-cutané sur lequel elles reposent, pas plus que les téguments avoisinants, ne sont ni tuméfiés ni œdémateux. La plus volumineuse de ces trois eschares est celle du front; sa base est un peu indurée et sa circonférence légèrement relevée. Les deux autres sont formées par une petite plaque dure, sèche, noire, sans accompagnement de tuméfaction ou d'œdème, ainsi que cela vient d'être dit.

La malade, interrogée avec soin, déclare ne pas avoir fait de chute,

[1] M.-L. Lafosse, *Tr. de path. vétér.*, t. III, p. 875.

ne pas avoir reçu de coup, ne pas avoir été piquée par une mouche ou d'autres insectes. D'après son récit, ces taches noires existent depuis 48 heures; elles ont été précédées par de vives démangeaisons et l'apparition d'une ou deux vésicules remplies de sérosités qu'elle a écorchées avec les ongles. La couleur noire qu'elles offrent actuellement ne s'est manifestée que plus tard, au bout de douze à quatorze heures.

En dehors des trois taches gangréneuses de la face, la femme Chiar... ne présente rien de bien saillant. Elle a peu d'appétit, mais se sent disposée cependant à prendre des aliments; il n'existe pas de fièvre; la langue est sans enduit; la douleur sur les points malades, spontanée et à la pression, est presque insignifiante. Nous notons cependant un peu d'altération des traits et un certain degré de pâleur de la face. Mais ces symptômes peuvent très bien trouver leur explication dans la préoccupation visible à laquelle elle est en proie, non seulement sur son propre état, mais encore sur celui de son mari et de son frère.

Le traitement prescrit consista en un badigeonnage des trois points charbonneux avec un mélange, à parties égales, d'essence de térébenthine et d'huile d'olives, en recouvrant ensuite ces mêmes points avec une couche très mince de poudre de sublimé qui est abandonnée sur l'eschare, sans scarification préalable, et maintenue en place au moyen d'un peu de ouate et d'un bandage approprié. Alimentation légère; limonade; potion avec trois grammes d'extrait de quinquina.

Le 5 juillet, 24 heures après l'emploi de cette médication, une aréole inflammatoire commence à se dessiner autour des eschares et indique la limitation de la gangrène. L'état général continue à être aussi rassurant qu'hier, malgré la nouvelle qu'elle vient d'apprendre de la mort de son frère et l'état encore alarmant de son mari. Nouveau badigeonnage avec le mélange térébenthiné sur les points malades, sans application de poudre de sublimé; continuation d'une alimentation légère et de la potion au quinquina.

La marche ultérieure de la maladie n'offre rien de particulier à noter. Au bout de dix à onze jours, les eschares se détachent et laissent à découvert une plaie de belle apparence qui se cicatrise avec rapidité. La femme Chiariglione sort de l'hôpital le 29 juillet complètement guérie.

Trois cas de charbon, survenus presque simultanément chez des membres d'une même famille, devaient naturellement exciter notre curiosité et provoquer, de notre part, quelques recherches à l'effet d'en établir la filiation.

Après de nombreuses dénégations, inspirées surtout par la crainte de poursuites judiciaires, en questionnant séparément les malades, nous finîmes par apprendre que Chiariglione, atteint comme nous l'avons dit, d'œdème malin des paupières, s'était associé avec un aubergiste chez lequel logeaient une quinzaine d'ouvriers piémontais occupés aux travaux du chemin de fer d'Aix à Digne, et qu'ils avaient acheté à vil prix, vers le 15 ou le 16 juin,

d'un berger qui conduisait son troupeau des plaines de la Crau dans les montagnes des Alpes[1] deux moutons présentant des symptômes de fièvre charbonneuse (sang de rate). Un de ces moutons avait été tué et la viande en avait été consommée par un assez grand nombre de personnes (une vingtaine environ), sans qu'aucune d'elles eût éprouvé d'indisposition. Quand au second mouton

[1] Il existe en Provence, de temps immémorial, une pratique agricole, connue sous le nom de *transhumance*, qui consiste dans une émigration périodique des bêtes à laine.

Cette émigration a pour but de conduire les troupeaux des plaines de la Crau et de la Camargue dans les montagnes des Alpes et leurs ramifications, pour les y faire pâturer pendant l'été.

Le déplacement a lieu deux fois par an, vers le milieu de juin et le milieu d'octobre. Les troupeaux, réunis au nombre de 2,000 à 3,000, se rendent à pied, par petites journées, au lieu de leur destination et traversent les diverses localités situées sur la route des Alpes.

La fatigue du trajet, qui dure 15, 20, 25 jours et même davantage, la chaleur du climat et de la saison, particulièrement au mois de juin; l'agglomération des bestiaux ; le séjour prolongé qu'ils viennent de faire dans une contrée marécageuse (l'île de la Camargue, les environs des marais de Fos et d'Istres, la plaine de la Crau) favorisent à un très haut degré la genèse et la propagation des maladies charbonneuses. Aussi ces maladies ont-elles été signalées depuis longtemps comme très communes dans cette partie de la France. On les y observe surtout au moment de la transhumance et dans les localités échelonnées sur la route parcourue par les troupeaux pour se rendre dans les Alpes et en revenir.

Ainsi, en 1869, pendant que nous observions au village de Meyrargues les faits que nous signalons en ce moment, plusieurs cas de charbon étaient constatés dans les communes voisines, et ces cas portaient spécialement sur des personnes qui avaient été en rapport avec les bestiaux de passage. Le garde champêtre de la commune du Puy-Sainte-Réparade, chargé de convoquer ces troupeaux pour les empêcher de causer des déprédations, était mort peu de ours auparavant d'une maladie charbonneuse et un cas de pustule maligne terminé par la guérison avait été observé également au village de Jouques.

Nous serions assez disposé à rapporter à cette cause les cas de pustule maligne observés par Bayle et qui font la base du travail de ce médecin distingué que nous avons cité dans un autre endroit.

Ce qui nous semble justifier cette interprétation, c'est que Bayle avait recueilli ses observations dans deux villages du département des Basses-Alpes (Le Vernet, Coulloubroux) qui se trouvent sur la route parcourue par les troupeaux transhumants, et à une époque de l'année qui correspond à la migration de ces mêmes troupeaux.

Cette explication, outre qu'elle permet d'établir un rapprochement intéressant entre les faits que nous rapportons et ceux observés par Bayle, fournit en même temps une donnée étiologique importante qui paraît avoir échappé à Bayle lui-même et qui vient confirmer les critiques qui lui ont été adressées par un grand nombre d'auteurs, particulièrement par Boyer (*Tr. des mal. chir.*, t. II, p. 68) et par M. Bouilland (*Dict. de méd. et de chir. prat.* t. V, p. 191, concernant la non-spontanéité de cette épidémie de charbon et la possibilité de la rattacher à des rapports plus ou moins directs des malades avec des animaux atteints d'affections charbonneuses.

qui paraissait moins sérieusement atteint, il avait été mis en réserve pour être tué et mangé un peu plus tard. Nous apprîmes en même temps que le mouton non tué était resté plusieurs jours dans l'auberge et qu'il avait été visité presque journellement par les époux Chiariglione et par Garborino qui étaient chargés de le soigner et de lui donner à manger; que deux chiens qui cohabitaient avec ce mouton étaient morts l'un et l'autre, et que presque toutes les personnes logées dans l'auberge avaient été malades d'une manière plus ou moins sérieuse.

Ces renseignements offraient trop d'intérêt et trop d'importance pour ne pas nous faire désirer d'obtenir des éclaircissements plus complets.

Nous n'hésitâmes pas, en conséquence, à nous transporter, le 11 juillet, au village de Meyrargues où s'étaient passés les faits que nous venons de raconter.

Après avoir visité les lieux avec soin, pris des informations auprès du maire et du médecin de la localité, interrogé et examiné les diverses personnes logées dans l'auberge, nous restâmes pleinement convaincu de l'exactitude des faits rapportés par les deux malades en traitement à l'hôpital d'Aix. Nous pûmes nous assurer en outre que l'aubergiste et son fils avaient été atteints l'un et l'autre d'une affection charbonneuse légère, analogue à celle de la femme Chiariglione. Voici en effet ce que nous pûmes observer chez ces deux sujets.

Obs. V. — *Bouton charbonneux de la joue accompagné de trouble peu appréciable de la santé ; guérison sans traitement.*

Lauzero, cantinier, principal locataire de la maison occupée par les époux Chiariglione et par Garborino dont on connaît déjà les observations, est soumis le premier à notre visite.

C'est un homme de 44 ans, d'origine italienne, comme les précédents, fort et vigoureux, d'une bonne santé habituelle chez lequel on constate au bas de la joue gauche, près du menton, une eschare noire, de forme irrégulièrement ovalaire, un peu déprimée à son centre, légèrement chagrinée sur ses bords, offrant sept à huit millimètres dans son plus grand diamètre, comprenant toute l'épaisseur du derme et paraissant arrivée à une période voisine de l'élimination spontanée, mais tenant cependant encore par quelques tractus au tissu cellulaire sous-jacent.

Aux interrogations qui lui sont adressées à ce sujet, Lauzero répond qu'il ne se souvient pas d'avoir été piqué par une mouche ; que le mal existe depuis une huitaine de jours ; qu'il a débuté par une légère induration de la peau surmontée de quelques petites vésicules, avec accompagnement d'une vive démangeaison ; puis que, le lendemain, la partie est devenue noire, mais qu'il n'a jamais gardé le lit et n'a pas été dans la

nécessité d'interrompre son travail; en un mot, qu'il ne s'est pas reconnu malade, n'a pas fait appeler de médecin et ne s'est pas préoccupé un seul instant de ce bouton. Les seuls symptômes qu'il déclare avoir ressentis sont un peu de perte d'appétit, pendant deux ou trois jours, et une légère enflure de la face au voisinage du bouton.

Nous n'avons pas eu l'occasion de revoir le malade depuis ce jour-là; mais nous avons appris que la guérison s'était produite sans accident au bout de très peu de jours.

Obs. VI. — J. Lauzero, fils du précédent, âgé de 15 ans, bien constitué et assez bien développé pour son âge, se présente à notre visite aussitôt après celle de son père.

Nous constatons chez lui, à la joue droite, un peu au-dessous de l'arcade zygomatique, une eschare gangréneuse d'assez petite dimension, ayant quatre à cinq millimètres de diamètre, nettement circonscrite, comprenant la plus grande partie de l'épaisseur du derme, ressemblant de tout point à celles des deux malades précédents et de Garborino, sujet de l'observation II, chez lequel, on s'en souvient, une eschare charbonneuse de la face avait précédé l'apparition de la tumeur charbonneuse du cou qui avait déterminé la mort en dix-huit heures.

J. Lauzero fait remonter l'origine de cette lésion à huit ou neuf jours. Le début en a été caractérisé, comme chez Lauzero père, chez la femme Chiariglione et chez Garborino, par de vives démangeaisons et de très petits boutons pleins d'eau, que le malade a écorchés avec ses ongles et qui ont été suivis, le lendemain, de l'apparition de la tache noire que nous constatons. Il paraît résulter cependant des renseignements fournis que la base de cette plaque gangréneuse a offert plus d'induration et que l'enflure de la joue a été plus considérable que dans les trois cas précédents. Le malade déclare en outre avoir éprouvé pendant plusieurs jours de la fièvre, de la céphalalgie, de la lassitude, la perte de l'appétit, un très grand abattement des forces; il présente encore en ce moment de l'amaigrissement, et une pâleur de la face très appréciable. De même que les précédents, il ne conserve aucun souvenir d'avoir été piqué par une mouche.

La guérison a été obtenue, comme chez son père, en très peu de jours, sans aucune particularité digne d'être notée.

Après avoir recueilli ces deux observations, nous continuâmes notre enquête en procédant à un examen des lieux.

L'endroit dans lequel avait été placé le mouton charbonneux était situé au rez-de-chaussée de l'auberge. C'était une espèce de réduit obscur attenant à la principale pièce de la maison qui servait tout à la fois de cuisine et de local où tous ces Piémontais prenaient leurs repas. Les deux appartements n'étaient séparés que par une mauvaise porte, fermant très mal, et restant d'ailleurs fort souvent ouverte. Aucune fenêtre n'éclairait le réduit, en sorte que

le renouvellement de l'air ne s'y faisait que par la porte de communication avec la cuisine.

Seize personnes couchaient et mangeaient dans cette auberge. Parmi ces seize individus, cinq couchaient au premier étage (le cantinier, sa femme, leurs fils, les époux Chiariglione); les onze autres ouvriers couchaient dans un grenier à foin au second étage.

Or, sur les cinq personnes qui couchaient au premier étage, non loin du mouton malade, et qui avaient des rapports habituels avec cet animal, en même temps qu'avec les deux chiens qui allaient et venaient dans la cuisine, quatre avaient présenté, ainsi qu'on vient de le voir, des symptômes charbonneux parfaitement caractérisés. La femme Lauzero seule avait été épargnée. Quant au cinquième malade atteint de charbon, celui de l'observation II, le seul couchant au grenier à foin, loin de l'écurie, nous avons déjà fait remarquer qu'il avait visité assez souvent le mouton pour lui donner à manger.

Des onze autres habitants de la maison, parmi lesquels dix ne séjournaient dans la cuisine qu'au moment des repas, six, y compris la femme Lauzero, avaient éprouvé, pendant les événements que nous rapportons, des troubles manifestes de la santé, tels que : diarrhée, nausées, perte de l'appétit, malaise général, chute des forces, etc. Les cinq derniers, au contraire, n'avaient ressenti aucune indisposition.

Le mouton qui avait été la cause de tous ces accidents avait séjourné une douzaine de jours dans le réduit que l'on connaît. Pendant ce temps, son dépérissement avait fait journellement des progrès, malgré les soins dont il était l'objet. On avait pris le parti, dès lors, de s'en débarrasser en le jetant dans un cours d'eau du voisinage. C'est Chiariglione qui avait rempli cette mission dans la soirée du 25 juin. Au bout de trois jours, cet homme avait vu apparaître les premiers symptômes de l'œdème malin dont nous avons signalé ailleurs la gravité. Quant à la femme Chiariglione, à Garborino, à Lauzero père et fils, l'affection charbonneuse s'était déclarée, chez eux, du 2 au 4 juillet, c'est-à-dire de 7 à 9 jours après le départ du mouton. Ajoutons qu'aucun moyen de désinfection n'avait été employé pour assainir les lieux.

En résumant les faits qui viennent d'être exposés, nous voyons seize individus en communication plus ou moins intime avec des animaux atteints d'affection charbonneuse (un mouton et deux chiens), ayant mangé de la viande provenant d'un mouton suspect, placés en outre dans des conditions extrêmement défavorables au point de vue de l'hygiène, donnant prise de toute façon à l'intoxi-

cation se traduisant par des manifestations complètement différentes.

Ainsi, sur ces seize individus, cinq ne ressentent aucune indisposition, six éprouvent des accidents légers caractérisés principalement par des troubles gastro-intcstinaux, tandis que les cinq derniers sont pris d'accidents charbonneux parfaitement évidents, mais néanmoins fort dissemblables sous le rapport de la forme et de la gravité ; le premier ayant été atteint d'œdème malin des paupières; le second, la femme Chiariglione, ayant présenté, au contraire, des symptômes généraux peu accentués, malgré l'existence de trois petites eschares charbonneuses de la face nettement caractérisées ; puis le sujet de l'observation II qui succomba en moins de 48 heures, après avoir offert comme symptôme initial une plaque charbonneuse au front presque insignifiante, suivie, au bout de 15 à 18 heures, de l'apparition d'une tumeur charbonneuse au cou (charbon symptomatique); enfin l'aubergiste Lauzero et son fils, chez lesquels on constate des taches charbonneuses de la facc (pustule maligne ébauchée) remarquables par leur simplicité et leur bénignité, dont la guérison a lieu sans traitement, et qui auraient passé inaperçues si le hasard ne nous avait mis sur la voie de les découvrir.

Quelle part convient-il de faire, dans le développement de ces diverses formes de charbon, aux deux causes générales qui viennent d'être signalées, à savoir :

1° Les rapports avec des animaux charbonneux ;

2° L'usage de la viande d'un mouton atteint de sang de rate.

L'absence de tout phénomène morbide chez les mcmbres de toute une famille, composée dc cinq à six personnes, qui avaient mangé de la viande de ce mouton concurremment avec les seize piémontais logés dans la cantine, constitue, à nos yeux, une très forte présomption en faveur de l'innocuité de cette viandc.

A cette première raison, il vient s'en ajouter une seconde : c'est le temps plus considérable (plus de quinze jours) qui s'est écoulé entre le moment où la viande en question a été mangée et celui où se sont montrés les premiers accidents charbonneux chez nos malades.

Ce résultat, au reste, ne fait que confirmer une foule de faits du même genre consignés dans les annales de la science, en particulier ceux rapportés par Duhamel, Morand, Thomassin, Larrey père, Delafond, Renault, Colin, etc., qui tendent tous à démontrer que la viande des animaux charbonneux, lorsqu'elle a été soumise à la cuisson, pcut être mangée impunément, ou du moins qu'elle n'a été une cause d'accidcnts que dans de très rares circonstances.

Mais s'il n'est pas possible de rattacher l'origine de tous ces cas

de charbon à l'usage d'une viande suspecte, c'est donc le mouton conservé dans l'auberge qui a fait le mal?

Les preuves à l'appui de cette interprétation nous paraissent aussi nombreuses que concluantes.

Ainsi les premières victimes sont les deux chiens; et parmi ces derniers, un gros chien griffon qui couchait habituellement dans le réduit où avait été placé le mouton, meurt huit jours après que ce dernier animal y a été introduit, tandis qu'un petit épagneul qui cohabitait de temps en temps, pendant le jour, avec le mouton, mais ne passait pas la nuit dans le réduit, ne meurt que deux jours plus tard. Chiariglione, qui soignait le mouton le plus ordinairement et qui l'avait transporté à la rivière, est pris en troisième lieu. Puis vient le tour de la femme Chiariglione et de Garborino qui avaient donné à manger au mouton, à plusieurs reprises, en l'absence de Chiariglione. Puis enfin, l'aubergiste et son fils, qui séjournaient la plupart du temps dans la cuisine et recevaient directement les émanations de l'écurie, dont l'aération, on ne l'a pas oublié, n'était possible que par la porte de communication avec la cuisine. Les ouvriers, qui couchaient au grenier à foin, n'entraient pas dans l'écurie et ne séjournaient dans la cuisine qu'aux heures des repas sont, au contraire, ou épargnés ou très légèrement atteints.

Une seule exception est à noter : c'est celle de la femme du cantinier, qui n'avait éprouvé d'autre indisposition qu'un simple dérangement des fonctions digestives. Mais personne n'ignore qu'en fait de maladies contagieuses, les cas négatifs sont loin d'être rares et ne détruisent nullement les faits positifs, la contamination ne s'exerçant pas d'une manière fatale chez tous les sujets, et se trouvant subordonnée à la réceptivité de l'organisme, à la dose du poison absorbé, au degré d'activité de ce poison, à la résistance que les forces de la vie opposent à ses atteintes, à l'état de santé de l'individu et à une foule d'autres circonstances dont le rôle n'est pas toujours facile à apprécier.

La conclusion logique qui se dégage de la connaissance de tous ces détails est donc: *Que le mouton atteint de fièvre charbonneuse, logé dans l'intérieur de l'auberge, a été la cause exclusive de tous les accidents charbonneux observés au village de Meyrargues, en* 1869.

V

Après avoir exposé les circonstances étiologiques qui ont présidé au développement de la petite épidémie charbonneuse qui vient d'être relatée, il nous reste, pour compléter le programme

que nous nous sommes tracé, à aborder l'étude d'une dernière question qui ne manque pas non plus de difficultés, mais dont la solution est importante au double point de vue de la clinique et de l'hygiène publique : il s'agit du *mode de transmission de la maladie.*

Nous utiliserons surtout pour cette étude les faits observés à Meyrargues, à cause de l'attention particulière avec laquelle ils ont été recueillis.

Comment tous ces cas de charbon ont-ils été contractés ? Est-ce par inoculation directe, par déposition du virus, ou principe charbonneux, sur les parties du corps primitivement atteintes, chez nos malades, et à la suite d'un contact exercé sur ces points par l'un des trois animaux (le mouton et les deux chiens) ?

Est-ce, au contraire, par contamination médiate, c'est-à-dire à l'aide de quelque objet qui aurait touché préalablement ces animaux, aurait été souillé par eux et aurait été mis ensuite en contact avec ces mêmes parties du corps ?

Est-ce par le moyen des mouches ?

Est-ce enfin par l'air ambiant chargé de germes ou de principes toxiques, et le virus charbonneux, de même que le virus variolique, le virus rubéolique et scarlatineux, le virus de la clavelée, serait-il tout à la fois fixe et volatil; la maladie, en d'autres termes, serait-elle *infecto-contagieuse* et pourrait-elle se transmettre à distance, en dehors de tout contact direct ou indirect ?

Ces questions nous paraissent mériter d'être discutées.

A. — La contagion immédiate ou médiate a pu assurément intervenir comme cause occasionnelle du charbon dans quelques-uns des faits auxquels nous venons de faire allusion. Cependant il faut bien reconnaître que, si on s'en tient à l'observation pure et simple, c'est-à-dire aux renseignements fournis par les malades et aux informations variées qu'il nous a été possible de recueillir en vue de les contrôler, la plupart de ces faits sont peu favorables à une semblable interprétation.

Ainsi aucune des cinq personnes atteintes, et elles ont toutes été soigneusement questionnées à ce sujet, aucun de nos malades, disons-nous, n'a accusé comme antécédent étiologique un attouchement direct ou indirect qui aurait eu lieu, à l'aide des doigts ou de toute autre manière, sur la partie de la face où le charbon avait pris naissance. Ajoutons également qu'aucune d'elles n'a signalé comme ayant précédé l'apparition de cet accident charbonneux, ni plaie, ni piqûre, ni écorchure, ni crevasse, ni aucune autre lésion de la surface tégumentaire capable de favoriser uue inoculation directe.

D'un autre côté, l'aubergiste et son fils ne s'étaient jamais occu-

pés de soigner le mouton charbonneux et n'avaient aucun souvenir d'être entrés dans l'écurie. Garborino et la femme Chiariglione y étaient entrés, il est vrai, plusieurs fois ; mais, d'après le récit de cette dernière, ils se bornaient à jeter un peu de fourrage à l'animal.

Le fait de Chiariglione seul semble se prêter davantage à l'hypothèse de la contagion directe, cet homme ayant soigné le mouton pendant une douzaine de jours et l'ayant ensuite transporté à la rivière.

Cependant, en l'examinant de près, on reconnait qu'il est loin d'être aussi explicite à cet égard qu'il le paraît de prime abord.

Ce malade nous a affirmé maintes fois, en effet, qu'il n'avait jamais touché l'animal avant d'aller le jeter à l'eau ; qu'il se bornait à entrer deux fois par jour dans l'écurie pour s'assurer de son état et lui apporter quelque nourriture, à laquelle, du reste, le mouton touchait fort peu. Il nous a affirmé également de la façon la plus positive que, pendant le trajet de l'écurie à la rivière, le mouton avait été renfermé dans une corbeille recouverte d'une grosse toile et qu'aucun attouchement n'avait eu lieu entre l'animal ou des objets contaminés par lui et la partie de la paupière qui avait été le point de départ de l'œdème charbonneux.

On le voit, rien dans l'étude de ces faits ne fournit la preuve péremptoire que le charbon ait été communiqué, chez ces cinq malades, par contact immédiat ou médiat.

B. — Étudions maintenant la question du mode de transmission par les mouches.

Ce mode de contamination, nous le reconnaissons volontiers, ne présente rien qui répugne à la raison. Il est extrêmement probable que l'inoculation du charbon des animaux à l'homme et des animaux entr'eux, soit de même espèce, soit d'espèce différente, a lieu fréquemment de cette manière. Nous pouvons même ajouter que nous avons observé personnellement trois ou quatre cas de pustule maligne développée à la suite d'une piqûre de mouche.

Nous ne sommes donc pas, en principe, opposé aux idées de MM. Davaine et Raimbert à ce sujet. Mais, comme, en médecine, l'observation doit avoir le pas sur la théorie, et que tout ce qui est possible ne s'accomplit pas nécessairement; comme, d'ailleurs, des causes différentes peuvent produire un même résultat, voyons ce que nous apprennent, sous ce rapport, les faits précités.

Les réponses fournies par les malades à cette question spéciale ont toutes été semblables. Pas un seul d'entr'eux ne conservait le souvenir d'avoir été piqué par une mouche, inarmée ou armée, sur la partie du corps où s'était développée primitivement l'affection charbonneuse.

Or, nous avons quelque peine à croire que, sur cinq personnes différentes, pas une seule n'eût gardé le souvenir de cette circonstance antécédente si elle eût existé réellement; d'un autre côté, on n'a pas oublié qu'en dehors des cinq cas de charbon constatés parmi les seize habitants de la même maison et des deux cas de maladie de même nature chez les chiens, la majeure partie des personnes logées dans l'auberge, ayant respiré plus ou moins les émanations qui s'exhalaient de l'écurie, avaient été atteintes, à des degrés divers, de troubles parfaitement appréciables de la santé, indiquant une intoxication générale de l'organisme, quoiqu'elles n'eussent pas eu de rapport avec le mouton atteint de fièvre charbonneuse.

Ainsi donc, ni la contagion immédiate et médiate, ni le transport et l'inoculation du virus charbonneux par les mouches, ne permettent de rendre compte de tous les accidents arrivés au village de Meyrargues.

C. — On se trouve forcé, dès lors, par voie d'exclusion, de reconnaître que la maladie a dû être contractée, dans la majorité des cas du moins, soit en visitant l'écurie, soit en séjournant dans la cuisine et respirant l'air vicié de l'écurie qui arrivait facilement dans la cuisine, c'est-à-dire qu'en dehors de la transmission par contact immédiat et médiat (contagion proprement dite), qu'il ne peut venir à l'esprit d'aucun médecin sérieux de révoquer en doute, les maladies charbonneuses seraient aussi transmissibles à distance, par une véritable infection, en vivant, par exemple, dans le voisinage d'animaux charbonneux et en cohabitant avec eux; en d'autres termes, que le germe, la semence, le principe spécifique, quel qu'il soit, qui produit le charbon serait tout à la fois fixe et volatil, et que la maladie elle-même devrait être considérée comme infecto-contagieuse.

A l'appui de la volatilité du virus charbonneux, nous rapporterons une dernière observation qui s'est présentée à nous plusieurs années avant celles de Meyrargues, et dont l'explication nous avait considérablement embarrassé au moment où elle fut recueillie.

Obs. VII. — Le 28 mai 1866, nous fûmes appelé à donner des soins à M. M...., aubergiste de notre ville, âgé de 63 ans, d'une forte constitution, atteint d'une pustule maligne à la lèvre inférieure.

Aux questions qui lui furent adressées, relativement aux circonstances qui avaient pu provoquer l'apparition de sa maladie, cet homme nous raconta que trois jours auparavant il était entré et avait séjourné, une demi-heure à trois quarts d'heure, dans une bergerie dépendant de son auberge, pendant qu'on était occupé à la nettoyer et à y mettre de la litière, et que cette bergerie avait servi la nuit précédente à loger un troupeau de 1,200 à 1,500 moutons.

Notons comme détail essentiel que le malade assurait de la façon la plus positive qu'il n'avait touché aucun animal, ni aucun objet suspect de charbon, soit dans l'écurie, soit hors de l'écurie, qu'il n'avait pas été piqué par une mouche sur la partie de la lèvre qui était le siège de la pustule maligne, qu'il n'avait pas le souvenir d'y avoir porté ses doigts, en un mot que la seule cause à laquelle il put rattacher la production de l'affection charbonneuse était son entrée et son séjour dans la bergerie.

La question de la transmissibilité des maladies charbonneuses des animaux à l'homme par *virus volatil* ou par *infection* ne saurait être considérée comme une question oiseuse et sans utilité pratique. Elle présente, au contraire, ainsi que la remarque en a déjà été faite et que le démontrent surabondamment les faits qui précèdent, une très réelle importance au point de vue de l'hygiène publique et de la prophylaxie des maladies charbonneuses, tant pour l'homme que pour les animaux, l'occasion d'une cohabitation commune étant très fréquente et les mesures à prendre pour empêcher le développement et la propagation de la maladie n'étant pas les mêmes dans l'une et dans l'autre hypothèse.

On comprend facilement, en effet, que si on admet le caractère *infecto-contagieux* du charbon, le meilleur moyen prophylactique consistera, non seulement à éviter de toucher sans précaution des animaux charbonneux ou leurs dépouilles mortelles, mais encore de faire un séjour prolongé dans des lieux habités précédemment par ces animaux, en même temps que dans la mise en pratique d'une large aération des locaux suspects et l'emploi de moyens spéciaux capables d'en obtenir la désinfection.

Examinons dès lors, à ce point de vue, les faits que le hasard a placés sous nos yeux.

Nous ne nous arrêterons pas longuement sur l'observation de M. M..., aubergiste à Aix, rapportée en dernier lieu, l'existence d'animaux charbonneux au milieu du troupeau qui avait logé dans sa bergerie n'étant pas certaine ou tout au moins n'ayant pas pu être démontrée. Mais il n'en est pas de même des faits recueillis à Meyrargues.

Ici, au contraire, tous les malades avaient vécu pêle-mêle, pendant plusieurs jours, avec un mouton et deux chiens atteints d'affection charbonneuse. La maison elle-même était peu spacieuse relativement au nombre d'hommes et d'animaux qu'elle contenait. Joignez à cela la plus excessive malpropreté, une alimentation laissant à désirer comme qualité sinon comme quantité, une aération incomplète des appartements du rez-de-chaussée, des travaux fatigants pendant la saison chaude de l'année, et vous comprendrez aisément combien, dans ces conditions, une maladie pouvant revêtir

la forme infectieuse devait tendre à se propager et combien les émanations s'élevant du corps de ces trois animaux malades pouvaient se mélanger aisément à l'air ambiant, le vicier et transmettre le germe de la maladie aux personnes qui habitaient un pareil milieu.

A l'appui de cette manière de voir, nous ferons observer que le virus charbonneux ne nous est connu que par ses effets, qu'au fond sa nature intime reste ignorée, et qu'il pourrait très bien se faire, de même au reste que pour beaucoup d'autres virus, que ce principe toxique, jusqu'ici insaisissable, ne fût en réalité qu'un germe, un ferment spécial, une particule de matière organique végétale ou animale, revêtant la forme de poussière, et déterminant, une fois qu'elle a pénétré dans l'économie par la peau ou les muqueuses, la formation des bactéridies dans le sang et les accidents consécutifs que tout le monde connaît, en sorte que les bactéridies seraient alors le produit et non la cause initiale du charbon.

Ceci étant admis, et une pareille hypothèse peut très bien se concilier avec les admirables expériences de M. Pasteur et avec les faits observés par M. Davaine, à qui revient l'honneur de la découverte des bactéridies dans le sang des animaux charbonneux, et qui a pu constater lui-même que ces parasites n'apparaissent dans le liquide sanguin qu'un certain temps après l'inoculation et à une période avancée de la maladie [1]; ces faits étant admis, disons-nous, il est facile de comprendre pourquoi le virus charbonneux tend à porter son action d'une manière toute spéciale sur les points à découvert de la surface tégumentaire et à se fixer sur les parties de la peau qui présentent plus de délicatesse et sont par cela même plus favorables à l'absorption, telles que la face externe des paupières, le bas du front, les joues où se rencontrent des plis, des rides, des sillons nombreux pouvant retenir le virus, ainsi qu'Enaux et Chaussier en avaient déjà fait la remarque; ou bien encore que ce dernier puisse être absorbé par les voies respiratoires et digestives en produisant consécutivement une infection générale plus ou moins sérieuse, comme nous serions très disposé à croire que cela a eu lieu chez les six ouvriers piémontais logés dans l'auberge qui ont éprouvé du malaise général, des coliques, de la diarrhée, la perte de l'appétit, etc., quoiqu'ils n'eussent eu que des rapports très indirects avec les animaux charbonneux.

La conclusion pratique qui nous semble découler de toutes ces considérations et des faits particuliers sur lesquels elles sont étagées, c'est que : *la transmission du charbon des animaux à*

[1] DAVAINE. *Dict. encycl. des sc. méd.*, t, VIII, p. 19.

l'homme et à d'autres animaux est possible à une petite distance, sans contact immédiat, et qu'elle doit se réaliser, en pareil cas, au moyen d'un virus volatil ou, si on aime mieux, par un germe, un agent matériel transporté par l'atmosphère et s'élevant du corps des animaux infectés.

Que l'explication de ce fait pathologique soit encore à cette heure entourée de difficultés, nous n'avons garde de le méconnaître. Mais ces difficultés ne sauraient suffire, à notre avis, pour révoquer en doute le fait en lui-même. Nous ferons même remarquer à ce propos que M. Davaine, qui se montre partisan exclusif de la transmission du charbon par les mouches, dans ses diverses communications à l'Académie de médecine et dans la discussion qui a suivi, s'efforce de démontrer dans une de ces communications que la pourriture des végétaux est le résultat de l'inoculation d'un parasite microscopique appartenant soit aux infusoires, soit aux champignons inférieurs, et que les spores de ces végétaux pourraient être regardés comme un virus volatil [1].

Or, pourquoi le virus charbonneux, dont le microscope et l'analyse chimique ne nous ont pas révélé jusqu'ici la nature, ne pourrait-il pas se comporter à la façon des spores du mycélium et ne se transporterait-il pas à une faible distance au moyen de l'air ambiant, sans contact obligé entre l'animal qui le donne et celui qui le reçoit ?

Quoi qu'il en soit, les faits qui viennent d'être rapportés s'éloignent sous certains rapports des faits connus antérieurement, et font entrevoir sous un jour un peu différent le mode de transmission des maladies charbonneuses des animaux à l'homme. Cette donnée étiologique à laquelle on s'est peu arrêté jusqu'ici, corroborée par un très grand nombre de faits analogues empruntés à la médecine vétérinaire, présente une trop grande importance au point de vue de la pathogénie et de la prophylaxie du charbon pour ne pas devoir susciter de nouvelles recherches et pour ne pas nous servir d'excuse des longs développements que nous lui avons consacrés.

CONCLUSIONS

De l'ensemble des faits contenus dans ce travail, nous croyons tirer les conclusions suivantes :

1° Les formes que le charbon peut revêtir, chez l'homme, présentent de nombreuses variétés et se rapprochent beaucoup de celles sous lesquelles il se manifeste chez les animaux.

[1] Davaine. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1870, p. 132.

2° A côté des formes graves et trop souvent mortelles, on observe des formes légères susceptibles de guérir par un grand nombre de traitements et parfois même sans aucun traitement.

3° La pustule maligne et l'œdème malin peuvent s'accompagner, pendant leur cours, de tumeurs isolées et indépendantes, à développement rapide, dont la nature charbonneuse ne saurait être mise en doute.

4° Ces tumeurs secondaires ou symptomatiques dénotent une intoxication générale plus profonde et plus avancée de l'organisme, et aggravent considérablement le pronostic de la maladie primitive.

5° Les injections interstitielles, la cautérisation en flèches, les antiseptiques à l'intérieur, malgré leur action incertaine, constituent encore, à l'heure actuelle, la médication la plus rationnelle à opposer à ces formes d'une gravité excessive.

6° La contamination par les piqûres de mouches est un des modes de transmission de la maladie, mais n'est pas le mode le plus habituel.

7° Les personnes qui cohabitent avec des animaux charbonneux, dans un air non suffisamment renouvelé, sont exposées à être atteintes en l'absence de tout contact direct.

8° Le charbon peut donc être considéré comme une maladie infecto-contagieuse, et le virus ou principe toxique qui le produit comme fixe et volatil, à la façon du virus variolique, claveleux, rubéolique et scarlatineux.

9° Toutefois, les faits observés jusqu'ici tendent à établir que la contamination n'est possible qu'à une faible distance.

Communication.

Dystocie par cloisonnement transversal de la matrice à sa partie inférieure,

Par M. Guéniot.

J'ai observé récemment, de concert avec notre collègue, M. Berger, un cas de dystocie des plus graves et dont la rareté est telle que, jusqu'ici, je ne connais pas d'exemple semblable. Au point de vue obstétrical, comme au point de vue des malformations organiques, ce fait me paraît être du plus haut intérêt. Permettez-moi de vous en exposer d'abord les principaux détails.

Dans la nuit du 11 au 12 avril dernier, nos honorables confrères, MM. Berger et Champetier de Ribes, vinrent me prier de me joindre

à eux pour secourir une pauvre femme qui venait d'être transportée à l'hôpital Saint-Louis, étant depuis quatre jours en travail d'accouchement. Cette femme, âgée de 39 ans et d'une belle constitution, était accouchée heureusement une première fois, il y a 19 ans. Depuis lors, plus de grossesse, si ce n'est celle dont je vais parler et qui était arrivée à terme. Vers 8 mois et demi, c'est-à-dire dans les derniers jours de mars, une perte sanguine assez abondante s'était manifestée sans cause connue; puis l'hémorragie avait cessé pour ne plus reparaître que pendant le travail.

Les douleurs de l'accouchement commencèrent dès le 7 avril; elles se continuèrent les jours suivants sans autre résultat qu'une grande fatigue pour la malade. Ne pouvant se rendre compte des difficultés, la sage-femme fit appeler un médecin qui diagnostiqua une insertion vicieuse du placenta, introduisit, dans l'espoir de tempérer l'hémorragie, quelques boulettes de charpie au fond du vagin et prescrivit le transport de la parturiente à l'hôpital.

A son entrée, les internes voulant se faciliter l'exploration, commencèrent par administrer le chloroforme; mais n'aboutissant pas dans leurs recherches et jugeant, d'ailleurs, la situation fort grave, ils réclamèrent l'intervention de M. Berger. Notre collègue, assisté de M. Champetier de Ribes, dont l'habileté en accouchement vous est bien connue, s'empressa de répondre à cet appel.

Après avoir de nouveau chloroformé la malade, nos deux confrères explorèrent à leur tour avec toute l'attention que comportaient de telles difficultés. Malgré tout, il leur fut impossible d'arriver à un diagnostic satisfaisant. Ils trouvaient bien, au fond du vagin, un col volumineux, pourvu d'une cavité spacieuse et largement ouverte; mais celle-ci était vide et semblait être absolument fermée sur le fond et les côtés; de telle sorte qu'on ne pouvait ni pénétrer dans la grande cavité utérine, ni même percevoir avec quelque netteté les caractères de son contenu. C'est dans ces conditions, que nos deux savants confrères se décidèrent à réclamer mon concours.

A mon arrivée près de la malade, voici ce que nous constatons : État général des plus graves; pouls à 140, avec respiration très accélérée et altération du visage; ventre ballonné et douloureux; utérus très développé et atteint de tétanos, offrant une dureté telle que, sur tous les points, la palpation donne la sensation d'un bloc de pierre. Impossible de tirer de cette exploration la moindre notion diagnostique. Aussi, sans les protestations de la sage-femme, affirmerions-nous que l'ergot de seigle a dû être administré de haute main. L'auscultation reste négative et ne fait percevoir aucun bruit fœtal.

La patiente étant anesthésiée pour la troisième fois, je procède à l'examen par le vagin. De ce canal s'écoule, d'une manière continue, mais en faible quantité, un sang rose, très fluide et d'une grande fétidité. Bientôt on rencontre un col volumineux, offrant encore toute sa longueur et si largement ouvert que plusieurs doigts, ou peut-être la main entière pourraient être reçus dans sa cavité. Les internes, en l'explorant, crurent même un instant avoir pénétré dans la vraie cavité

utérine. Mais, c'est en vain que de tous côtés on cherche une ouverture qui conduise à cette dernière ; partout on ne rencontre que tissu utérin résistant qui ferme toute issue. Les deux cavités du col et du corps semblent donc être absolument séparées l'une de l'autre ; et la cloison mitoyenne est formée d'un tissu qui ne rappelle en rien le tissu du placenta. Ce n'est certainement pas celui-ci qui constitue l'obstacle.

Mais de quoi s'agit-il ? Que signifie une telle disposition ?

J'avoue qu'au premier moment ma surprise fut aussi grande que mon indécision. Je pensai successivement à une *déchirure de matrice*, qui n'expliquait absolument rien et que, d'ailleurs, je ne parvenais pas à constater ; à une *oblitération de l'orifice interne* du col ; à une *déviation utérine* provoquée par quelque tumeur non encore reconnue ; enfin à une *dilatation sacciforme du segment postérieur* avec anomalie concomitante. Bref, quoique très incomplètement fondée, ce fut cette dernière hypothèse qui me conduisit au vrai diagnostic.

Les culs-de-sacs vaginaux se trouvaient, en effet, abaissés et très explorables, le postérieur surtout. Dans ce dernier, on percevait vaguement quelque partie fœtale à travers la paroi utérine déprimée ; mais il était impossible de se faire une idée de la présentation, et je ne pouvais encore me rendre compte de la vraie source de l'hémorragie. Toutefois, guidé par cette idée d'une dilatation sacciforme (qui existait réellement à un certain degré), je m'efforçai de trouver avec le doigt une ouverture sur la paroi antérieure de la cavité cervicale. A cet effet, la main étant introduite dans le vagin, j'explorai ladite paroi avec une sorte de ténacité, ne craignant pas d'user d'une certaine force pour me déceler la voie.

De fait, je ne tardai pas à trouver un canal étroit dont les parois, appliquées l'une contre l'autre, effaçaient le calibre ; canal long de 6 à 8 centimètres qui, partant de la grande cavité cervicale dont j'ai parlé, s'élevait en suivant la symphyse pubienne jusqu'au-dessus du pubis droit. Parvenu à l'extrémité profonde de ce canal, la pulpe du doigt rencontrait le placenta, source manifeste de l'écoulement sanguin, et une sorte de bride tranchante qui formait, du côté de la cavité utérine, la limite supérieure du canal lui-même. Aucune partie fœtale ne me fut accessible à ce moment.

Si imparfaite qu'elle fût, cette exploration commençait à m'éclairer. A l'aide de forts ciseaux à embryotomie, je m'appliquai à sectionner la paroi profonde de l'étroit canal que parcourait mon doigt. Cette section exécutée non sans peine et à petits coups, montra qu'il s'agissait d'un tissu ferme, résistant, criant même sous le tranchant. Dès qu'elle fut effectuée — ce qui arriva sans augmentation sensible de l'écoulement sanguin, — la communication entre les cavités cervicale et utérine se trouva, par là même, notablement élargie. Je pus alors m'assurer, avec toute la netteté désirable, que le placenta recouvrait presque entièrement la région inférieure. Afin de me faciliter l'accès du fœtus, je dus déchirer et passer les doigts à travers le tissu placentaire ; mais, quoi que je fisse, je ne rencontrai dans cette recherche, qu'un appen-

dice digital qui, vu sa longueur, devait appartenir à une main et non à un pied.

Nous avions donc affaire en définitive : 1° à une *malformation* ou *cloisonnement transversal de la matrice*, qui séparait la cavité du corps de celle du col; 2° à une *inscrtion vicieuse du placenta* sur le canal qui reliait entre elles ces deux cavités; 3° enfin, à une *présentation* probable du *tronc* dans un utérus tétanisé, sans compter les complications graves que j'ai signalées du côté de l'état général.

Me trouvant fatigué par la multiplicité de ces manœuvres, je priai M. Champetier de Ribes d'explorer de son mieux la cavité utérine à travers la voie que j'avais ouverte; puis, du même coup, de tenter la version si celle-ci paraissait réalisable. Mais ces recherches restèrent tout à fait stériles; malgré son habileté, notre confrère ne put pénétrer que très difficilement sur le placenta, et en raison de l'état tétanique de l'utérus il lui fut impossible de saisir fructueusement aucune partie fœtale. La présence d'une main et la proximité du tronc de l'enfant lui permirent seulement de confirmer mes prévisions diagnostiques au sujet de la présentation.

Dans ces conditions, jugeant toute intervention nouvelle plus nuisible qu'utile et ne conservant, d'ailleurs, aucun espoir de salut pour la pauvre moribonde, je pensai qu'à l'exemple d'Ambroise Paré, nous ne pouvions mieux faire que « d'abandonner son corps au bénéfice de nature et de recommander son âme à Dieu ». Trois heures plus tard, elle succombait.

Je ne pus assister à l'autopsie qui fut faite, dès le lendemain, par M. Buquet, l'interne de service. Mais je sais que le fœtus fut trouvé en état de *putréfaction* avancée et qu'il se présentait par l'épaule gauche, avec la tête dans la fosse iliaque droite. Le placenta recouvrait tout le segment inférieur de la cavité utérine.

La matrice ayant été présentée, le 14 avril, à la Société anatomique, il me fut permis de voir que sa cavité présentait une sorte de cloison ou de valvule transversale qui la séparait en deux parties : l'une, supérieure ou grande cavité (celle du corps), et l'autre, inférieure ou petite cavité (celle du col). Le repli valvulaire dont il s'agit était haut de 5 à 6 centimètres dans sa région moyenne, qui correspondait à la paroi postérieure de l'utérus; puis il allait s'amincissant à droite et à gauche, jusqu'à la rencontre de ses deux extrémités sur le côté droit et antérieur de l'organe. C'est en ce point que correspondait l'ouverture supérieure du petit canal intermédiaire aux deux cavités; ouverture que j'avais trouvée limitée, à gauche et en arrière, par un rebord très rigide. La section pratiquée sur le vivant se traduit, sur la pièce anatomique, par un écartement en V qui occupe, à gauche et en arrière, toute la hauteur du repli valvulaire. Celui-ci, d'aspect musculo-membraneux, est épais d'un centimètre et s'applique à la manière d'une valvule intestinale, sur la portion adjacente de la paroi utérine. Il semble être une émanation, une sorte de prolongement membraneux du tissu utérin lui-même.

Maintenant, Messieurs, permettez-moi quelques brèves réflexions.

Le fait que je viens de relater montre combien, en clinique, les surprises et les difficultés peuvent être grandes. Jamais je n'avais rencontré un cas semblable. Si, dans mon incertitude, l'idée d'une dilatation sacciforme du segment postéro-inférieur de l'utérus m'inspira de chercher le canal cervical en avant et en haut, tout à fait derrière la symphyse pubienne, c'est-à-dire dans le point où il se trouvait réellement, je dois dire cependant que la disposition sacciforme était ici médiocrement marquée et, d'autre part, que le col utérin, volumineux et béant dans le vagin, ne présentait nullement les caractères afférents à cette forme insolite de la matrice[1]. C'est donc la simple analogie qui me servit de guide et me fut d'un si utile secours.

J'ajouterai toutefois que la dilatation sacciforme, dont il s'agit, permet de concevoir comment une cloison *transversale* de la matrice a pu former, sur le vivant, un canal *presque vertical*, s'étendant latéralement de la cavité du col à celle du corps. Le segment postérieur de l'utérus, duquel émanait *le plein* de la cloison, se trouvait en effet fortement déprimé, tandis que les deux côtés de cette même cloison allaient se terminer en avant et à droite sur un niveau beaucoup plus élevé. La portion moyenne ou large du repli anormal fermait ainsi la cavité du col en haut et en arrière, et ses portions latérales ou amincies concouraient, de concert avec la paroi utérine, à la formation du canal de communication. Telle est, du moins, l'explication qui me paraît le mieux répondre aux faits constatés.

Quelle est l'origine de cette cloison incomplète, qui fut la cause première de tant de complications et, finalement, de la mort de la femme?

J'avoue qu'il m'est impossible d'émettre, à cet égard, une opinion plausible. Croire que ce large repli valvulaire, si épais, si résistant et si bien relié à la paroi utérine, soit le résultat d'un travail morbide est assurément chose fort difficile. D'un autre côté, la parturiente étant accouchée une première fois heureusement, comment admettre qu'il s'agisse d'une anomalie congénitale? Et, même en adoptant cette dernière hypothèse, comment expliquer la genèse d'une malformation qui ne se rattache à aucune des phases connues du développement de la matrice? Le mémoire si complet de M. Le Fort *sur les vices de conformation*

[1] Voir à ce sujet le mémoire de M. Depaul : « Sur une forme insolite que peut prendre l'utérus pendant la grossesse. » (*Arch. de tocologie*, 1876, p. 9, 80, 145, etc.)

de l'utérus et du vagin[1] ne renferme absolument rien qui puisse rendre compte d'une telle particularité anatomique. A moins que mes savants collègues ne viennent, dans la discussion, éclairer un sujet, pour moi si obscur, force me sera donc de laisser le problème sans solution.

Quoi qu'il en soit, la présentation de l'épaule, dans ce cas, vient à l'appui de l'opinion émise à cette tribune par M. Polaillon, à savoir : que les cloisonnements partiels de l'utérus constituent une prédisposition toute spéciale à ce genre de présentation vicieuse[2]. Bien que notre collègue n'ait eu en vue que les cloisonnements verticaux, — les seuls connus, — on voit que la présence d'une cloison transversale a engendré des conséquences de même ordre.

Peut-être pourrait-on dire avec une égale vérité que ces malformations utérines représentent une cause non moins efficace d'insertion vicieuse du placenta, car celle-ci se trouve signalée dans bon nombre d'observations du même genre.

Enfin, conclusion toute pratique, quelle devrait être la manière de procéder dans un cas semblable, si l'on était appelé au début même du travail, c'est-à-dire assez tôt pour secourir efficacement la malade?

Il ne me paraît pas douteux que le premier soin de l'accoucheur devrait être d'établir le diagnostic, en s'aidant au besoin de l'anesthésie; puis, la cloison étant reconnue, de diviser comme je l'ai fait, soit avec un long bistouri boutonné, soit avec de forts ciseaux, la plus grande partie ou la totalité de ce repli valvulaire. De la sorte, l'anomalie principale se trouverait détruite et les conditions de l'accouchement deviendraient à peu près assimilables à celles que représente l'insertion vicieuse du placenta, compliquée d'une présentation du tronc. Le mode d'intervention serait alors dicté par les indications que feraient naître ces deux causes de dystocie. En d'autres termes, dès que la dilatation ou l'ouverture des voies serait suffisante, on s'efforcerait de délivrer la femme, soit en extrayant d'abord le placenta avec la main, soit en traversant cet organe pour opérer la version, puis l'extraction du fœtus.

Présentation de malade.

M. Polaillon présente une malade qu'il a guéri d'un kyste à la main.

[1] Le Fort. *Thèse d'agrégat.*, Paris, 1863.

[2] Polaillon. *Bull. et Mém. de la Soc de chirurg.*, 1877, p. 197.

Les communications de MM. Nicaise et Notta, une observation de guérison de fongosités de la gaine synoviale des fléchisseurs des doigts par le grattage et la suture, observation que j'ai rapportée moi-même, ont appelé l'attention de la Société sur le traitement curatif des maladies de gaines synoviales. Aujourd'hui je viens présenter un nouveau fait de guérison d'un kyste synovial avec grains riziformes.

Kyste avec grains riziformes de la gaine synoviale des tendons fléchisseurs de l'index droit. — Dissection et ablation de la partie supérieure du kyste. — Incision et grattage de la partie digitale. — Guérison sans suppuration (D'après les détails recueillis par M. Gomot, interne des hopitaux).

Berthe B., âgée de 28 ans, exerçant la profession de ménagère, porte, à la face palmaire de l'index droit, une tumeur presque indolente, mais qui gêne considérablement les mouvements.

Cette tumeur, survenue sans cause appréciable, s'est manifestée d'abord au niveau de la première phalange. Elle a augmenté progressivement de volume, de manière à s'étendre actuellement depuis l'extrémité supérieure de la phalangette jusqu'à 2 centimètres 1/2 au-dessus du pli métacarpo-phalangien. Elle a donc une forme allongée. Elle est étranglée au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne et au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne. La peau est tendue, mais a conservé son aspect normal. Le doigt est dans une attitude demi-fléchie. La fluctuation est très nette, et en comprimant alternativement au niveau de la région palmaire et au niveau de la première phalange, on perçoit très nettement la crépitation que donnent les grains riziformes. La pression n'est pas douloureuse ; elle ne développe de la douleur que lorsque la main est fatiguée par le travail. Dans ces conditions, il y a même des douleurs spontanées.

Le diagnostic de kyste synovial à grains riziformes se déduisait nettement des signes précédents.

Opération le 27 *mars* 1882. — Après avoir endormi la malade, j'incise la peau de la face palmaire de l'index en remontant à la paume de la main jusqu'à la limite supérieure de la tumeur ; je dissèque les téguments sur la face antérieure du kyste ; j'isole complètement son extrémité supérieure, qui forme, au niveau du repli de la synoviale sur les tendons fléchisseurs, une tumeur bien distincte ; je résèque cette tumeur et j'ouvre le kyste dans toute son étendue ; je détache avec une rugine mousse toutes les végétations hordéiformes qui sont appendues aux tendons fléchisseurs

superficiel et profond, et je résèque de chaque côté la paroi du kyste synovial. Lorsque toute la plaie eut été bien nettoyée avec de l'eau phéniquée au 20e, on vit nettement que les tendons fléchisseurs étaient à nu depuis leurs insertions à la phalangette et à la phalangine jusqu'au milieu de la paume de la main.

Deux artérioles furent saisies avec des pinces hémostatiques et ne donnèrent plus de sang au moment de la suture.

Cinq points de suture métallique réunirent exactement les lèvres de la plaie. Deux petits tubes à drainage très courts furent placés debout, l'un à la partie supérieure, l'autre au milieu de l'incision.

L'opération a été faite sous le nuage phéniqué.

Pansement de Lister. La main est fixée sur une palette.

Le soir de l'opération, la malade va très bien et ne souffre presque pas. T. 37°6.

28 *mars.* — T. matin 37° 6; soir 37° 8.

29 *mars.* — Premier pansement. J'enlève le tube à drainage supérieur. La plaie paraît ne pas suppurer.

31 *mars.* — Deuxième pansement. Ablation du deuxième tube et d'un fil de la suture.

Les jours suivants les fils furent successivement enlevés.

Le 8 *avril.* — La plaie est réunie dans toute son étendue, sauf à l'extrémité supérieure de l'incision, où la cicatrisation n'est pas encore complète. La malade peut faire de petits mouvements de flexion et d'extension.

14 *avril.* — La réunion est complète.

Le kyste contenait un liquide transparent, visqueux et une grande quantité de grains riziformes. La paroi épaisse, résistante, présente en certains points de sa face interne de petites végétations en train de se transformer en grains riziformes.

Aujourd'hui, 24 mai, l'index est revenu à son volume normal; il est droit comme les autres doigts ; sur sa face palmaire, on voit une cicatrice linéaire qui n'est pas douloureuse. L'extension du doigt est facile. Sa flexion est encore limitée par des adhérences qui existent au niveau de la paume, entre les tendons fléchisseurs et les tissus ambiants. La phalangette ne peut se fléchir spontanément sur la phalangine, et la flexion de la phalangine sur la première phalange est incomplète. Mais ces divers mouvements s'effectuent artificiellement sans douleurs, et nous espérons que, dans la suite, une gaine synoviale s'étant reformée autour des tendons fléchisseurs, les mouvements normaux reviendront complètement.

La malade a gagné à l'opération d'avoir des mouvements plus libres, de n'avoir plus de douleurs quand la main est fatiguée et de n'avoir plus la menace de voir son kyste s'enflammer et sup-

purer. Enfin cette observation jointe à celle de MM. Notta et Nicaise prouve que l'on peut obtenir la guérison des kystes synoviaux à grains hordéiformes, sans les faire suppurer et sans s'exposer aux dangers de la suppuration.

M. Pozzi présente un homme auquel il a pratiqué une résection sous-périostée de l'extrémité inférieure du tibia pour un cal vicieux.

Résection anaplastique tibio-tarsienne, chez un homme de 60 *ans, pour un cal vicieux consécutif à une fracture bi-malléolaire,*

Par M. S. Pozzi.

D..., géomètre, âgé de 60 ans, vigoureux et d'une bonne santé habituelle, s'est fait, en glissant sur le verglas, le 25 janvier 1881, une fracture bi-malléolaire de la jambe gauche (par divulsion du péroné et par arrachement de la malléole interne). Au moment de l'accident, on constata une forte déviation du pied en dehors.

Le 28 janvier, une botte silicatée fut appliquée par le médecin traitant, après réduction de la déviation, et laissée en place durant un mois. Au bout de ce temps, l'appareil fut enlevé. On trouva la consolidation effectuée, mais dans une position vicieuse ; la déformation s'était reproduite secondairement sous l'appareil.

Des tentatives de réduction furent faites inutilement, et on se borna à appliquer une seconde botte de silicate qui fut encore conservée pendant 15 jours.

Voici quel était l'état du membre au moment où le malade, à peu près complètement impotent, se décida à venir à Paris et à entrer à l'Hôtel-Dieu pour y réclamer une opération (août 1881), dans le service du professeur Richet, que je suppléais alors.

Le pied gauche est fortement dévié en dehors. L'axe du cou-de-pied est indépendant de l'axe de la jambe et du pied, et forme avec eux une ligne brisée, à la manière de la branche oblique d'un Z. La saillie de la malléole interne est énorme ; la peau, à ce niveau, est livide et brunie par la contusion chronique résultant du froissement de la chaussure pendant la marche. En suivant avec le doigt la face externe du péroné, on constate encore plus nettement le *coup de hache* déjà appréciable à l'œil, au point de réunion des axes de la jambe et du cou-de-pied ; il existe à ce niveau un véritable angle obtus ouvert en dehors.

L'espace intermalléolaire est élargi. La malléole interne paraît avoir subi une sorte d'hyperostose. Au-dessous de sa saillie, on

trouve une dépression subite, par suite de la déviation du pied en dehors ; la pression, à ce niveau, est douloureuse, le ligament latéral interne étant fortement tiraillé dans la station debout, car l'axe de la jambe prolongé tomberait en dedans de la plante du pied. A la mensuration, la jambe gauche est trouvée plus courte que la droite d'à peine un centimètre.

La marche n'est possible que lorsque le cou-de-pied est assez fortement serré avec une bande ; même alors elle est douloureuse, le valgus donnant lieu à une sorte d'entorse continuelle. Le malade se traîne avec deux cannes et boite énormément ; il est incapable de continuer son métier.

Le 1er octobre 1881, la résection est pratiquée, le malade étant anesthésié, et, après application de la bande d'Esmarch. 1er *temps*, incision verticale de 5 centimètres au bord externe du péroné, terminée à un travers de doigt du sommet de la malléole externe ; incision transversale à la partie inférieure tombant sur la première, de manière à avoir une incision en L. La branche supérieure de l'incision est profonde et va jusqu'à l'os ; la seconde ne comprend que la peau et est destinée à donner du jour. L'os est d'abord dépouillé de périoste dans une très petite étendue correspondant au niveau de la fracture, que l'on aperçoit nettement ; puis il est sectionné avec le ciseau et le maillet, au-dessus de la base de la malléole externe, *laquelle est laissée en place* (Polaillon). 2e *temps*, incisions en L de 8 centimètres cernant la malléole interne, cutanée inférieurement, profonde dans sa partie verticale ; petite incision transversale de dégagement en haut de cette dernière. Décollement du périoste sur le sommet de la malléole interne ; exploration permettant de rechercher si l'on peut se borner à fracturer avec le ciseau et le maillet le sommet malléolaire arraché. Celui-ci ayant été enlevé, les tentatives de réduction demeurent inutiles. La malléole est alors complètement dépouillée de périoste avec la rugine. 3e *temps*, le pied est luxé le plus possible, en dehors de manière à faire faire saillie à la malléole interne hors des lèvres de la plaie.

Dans l'impossibilité de faire pénétrer la sonde de Blandin sous le tibia, vu l'absence d'espace interosseux à ce niveau, on se borne à protéger les parties molles avec des crochets mousses et des compresses, et on sectionne avec une petite scie à main la malléole interne à 2 centimètres environ au-dessus de la surface articulaire. On achève, avec le ciseau et le maillet, de détacher le fragment qui est cunéiforme à base interne. Pendant cette manœuvre, on sectionne manifestement la pièce intermédiaire au tibia et au péroné signalée par MM. Delorme et Verneuil. La réduction est alors facilement et complètement obtenue. Durant l'opération, on n'a mis à

nu aucun tendon. Le fragment enlevé comprend toute la surface articulaire du tibla.

Pansement : Réunion par des sutures métalliques des incisions, à l'exception de leur partie inférieure par laquelle pénètrent des tubes à drainage courts et gros. Attelle plâtrée. Pansement à la gaze antiseptique de Lister et à l'ouate salicylée. On s'est servi largement d'eau phéniquée pendant toute l'opération, mais sans employer le *spray*. Le pansement est complété par une compression légère avec des éponges, appliquées avant d'enlever la compression de la bande d'Esmarch.

Les suites ont été des plus simples. La fièvre fut presque nulle, la suppuration insignifiante. Vers le 15e jour seulement se produisit une légère lymphangite qui amena la formation de trois abcès superficiels qu'on dût ouvrir à la partie inférieure de la jambe.

L'attelle plâtrée fut enlevée au bout de trois semaines et remplacée par une gouttière en fils de fer. Je quittai le service à ce moment-là. Malgré mes recommandations aux élèves du service, le pied ne fut pas suffisamment maintenu dans la flexion. On négligea de mettre de nouveau l'attelle plâtrée que je jugeais indispensable pour assurer la bonne position du pied qui après l'opération avait été mis exactement à angle droit. Sous l'influence de la pesanteur à laquelle rien ne venait plus porter obstacle, le pied s'étendit sur la jambe et cette mauvaise attitude a été fixée par la guérison ; c'est ce qui empêche le résultat fonctionnel d'être aussi parfait qu'il l'eût été sans cela. Quant au résultat anatomique, il ne laisse rien à désirer, comme vous pouvez le voir, abstraction faite de cette petite lacune. L'axe du membre a recouvré toute sa rectitude ; il n'y a plus le moindre valgus ; les cicatrices sont insignifiantes et indolores. Il y a, comme c'est la règle en pareil cas, une ankylose presque complète de l'articulation tibio-tarsienne. Le malade marche à l'aide d'une seule canne et avec une semelle en liège épaisse au niveau du talon. Il boite encore sensiblement, mais la marche n'est nullement pénible et peut être continuée pendant plusieurs kilomètres. Il faut noter, du reste, qu'il y a seulement huit mois actuellement qu'il est opéré ; il est probable qu'il gagnera encore par la suite. On pourrait, je crois, redresser plus complètement le pied sous le chloroforme, ce qui diminuerait ou abolirait la claudication.

Je ferai remarquer en terminant, que le malade avait plus de soixante ans au moment de l'opération. Il est remarquable de voir une résection anaplastique aussi bien réussir à cet âge relativement avancé.

Discussion.

M. Polaillon. Je constate que la conservation de la malléole externe, d'après le procédé que j'ai indiqué, donne un bon résultat.

M. Berger. Je pense que la section préalable du tendon d'Achille eût évité le léger degré d'équinisme que l'on observe.

M. Pozzi. Cet équinisme n'aurait pas eu lieu si j'avais pu donner mes soins à l'opéré jusqu'à la fin; mais j'ai dû quitter Paris, et le malade n'a pas été suivi avec la même sollicitude ; il serait toujours possible de pratiquer ultérieurement la section du tendon d'Achille. Mais je crois que cela ne sera pas nécessaire pour obtenir le redressement complet.

M. Farabeuf. En raison du degré de gêne qui subsiste encore, il faut attendre plusieurs mois avant de se prononcer définitivement sur ce cas.

Présentation d'instruments.

M. Labbé présente au nom du Dr Galezowski un ophtalmoscope présentant des avantages sérieux pour l'examen du fond de l'œil à l'image droite et qui permet de définir exactement les différents degrés d'hypermétropie et de myopie. Il se compose d'un miroir à double foyer et d'une roue contenant les verres convexes et concaves.

Le foyer du miroir périphérique est de 25 centimètres et il sert pour l'examen à l'image renversée ; le foyer du miroir central est de 6 centimètres, et il donne un excellent éclairage pour l'image droite. On voit, en effet, l'image droite bien mieux avec un court foyer, qu'avec un miroir à foyer long. Cette combinaison des doubles foyers ne gêne nullement l'examen à l'image renversée. Le miroir subit aussi facilement l'inclinaison latérale de 35°.

Une seule roue contient vers la périphérie 20 numéros concaves, et vers le centre 13 numéros convexes qui se placent à volonté devant le trou du miroir par un simple glissement.

La séance est levée à 5 heures 40 minutes.

Le secrétaire,

Ch. Périer.

Séance du 31 mai 1882.

Présidence de M. Labbé.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux habituels de la semaine : la *Gazette des hôpitaux*, la *Gazette hebdomadaire*, la *Gazette médicale de Paris*, le *Progrès médical*, la *Thérapeutique contemporaine*, la *France médicale*, l'*Union médicale*, le *Journal de médecine de Paris*, la *Revue médicale*, la *Tribune médicale*, le *Concours médical*, le *Journal de thérapeutique de Gubler*, le *Lyon médical*, l'*Abeille médicale*, le *Praticien*.

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*, le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*.

3° Les journaux étrangers : *British médical*.

4° M. Giraud-Teulon présente de la part du Dr Chibret, de Clermont, une note exposant un *Procédé simple et objectif de détermination approchée du degré même de la myopie*. C'est une application des conséquences d'un point particulier d'un travail très remarquable du Dr Parent, sur les indications fournies par la marche apparente des ombres lors de l'examen ophtalmoscopique, marche variable avec le genre des amétropies.

5° M. Desprès offre le Ve volume des *Éléments de la Pathologie chirurgicale de Nélaton*, dont il a publié une nouvelle édition.

6° M. Chauvel offre, de la part de M. le Dr Bousquet, professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce, un mémoire sur la *Réunion immédiate; histoire et doctrines*.

A propos du procès-verbal.

M. Polaillon. Dans la dernière séance, M. Guéniot a communiqué un fait extrêmement curieux de dystocie par cloisonnement transversal de l'utérus. Le doigt, nous a-t-il dit, pénétrait dans une cavité du col très agrandie, dans le fond de laquelle il a été très difficile de reconnaître un orifice conduisant dans la poche fœtale. Cet orifice étroit, non dilatable, était situé, non au centre de

ce cloisonnement transversal, mais sur sa circonférence antérieure, derrière la symphyse du pubis. En outre, il y avait une insertion vicieuse du placenta et une présentation du tronc. Notre collègue, ne sachant à quelle cause rapporter ce fait inconnu, a demandé à la Société si l'on pouvait lui en donner une explication.

Je crois pouvoir répondre qu'il s'agissait d'un utérus biloculaire complètement cloisonné jusqu'à l'orifice interne du col, lequel était unique. On possède dans la science d'assez nombreux exemples de cette disposition. Dans le cas particulier, un fœtus s'étant développé dans une des cavités utérines, celle-ci s'est élevée de plus en plus au-dessus de la cavité voisine, qui était vide. Peu à peu la cloison verticale est devenue transversale. Comme, dans ces conditions, la cavité utérine affectait nécessairement une forme anormale, il en est résulté une insertion irrégulière du placenta et une présentation irrégulière du fœtus.

Au moment de l'accouchement, qu'est-il arrivé? Les contractions utérines ont appliqué le fœtus contre la cloison transversale, qui a été trop solide pour se rompre. Mais ces contractions n'ont eu aucun effet pour produire la dilatation de l'orifice sur lequel elles ne portaient pas; à mesure que la cloison bombait et supportait tout l'effort des contractions, l'orifice restait accolé à la paroi de l'utérus et tendait même à se fermer comme une fente dont on tire les extrémités en sens inverse. Dans ces conditions, l'effacement du col ne pouvait se produire, et, en effet, il n'a pas eu lieu. L'accouchement était absolument impossible sans l'incision de l'obstacle, et nos collègues ont été appelés trop tard pour agir efficacement.

L'opinion que je formule ici s'appuie sur mes études antérieures sur les *malformations de l'utérus comme cause de la présentation du tronc et de l'insertion vicieuse du placenta* (*Annales de gynécologie*, août 1877). J'ai démontré dans cette publication, ainsi que dans une communication à la Société de chirurgie (le 21 novembre 1877), et dans un article de l'*Union médicale* (n° 11, 1878), que la grossesse dans le cas d'utérus bipartitus, avec cloisonnement complet ou incomplet, se complique souvent du placenta prœvia, ou d'une présentation transversale, et quelquefois de ces deux anomalies. Parmi les causes du placenta prœvia, la moins obscure est certainement la malformation utérine originelle ou acquise. Or, dans l'observation de M. Guéniot, il y avait insertion vicieuse du placenta et présentation du tronc. Je ne peux donc m'empêcher de remonter de l'effet à la cause, et de trouver là un argument de plus en faveur d'un utérus bipartitus.

M. Guéniot nous a dit que la cloison transversale était formée par du tissu charnu, plus ou moins analogue au tissu utérin, mais

que [ce n'était pas du tissu cicatriciel ou fibreux. C'est encore là une preuve en faveur d'un cloisonnement congénital formé par le tissu de l'organe lui-même.

Enfin, je voudrais connaître un détail qui serait décisif, à savoir si les deux trompes étaient insérées sur la poche qui contenait le fœtus, ou si l'une d'elles n'allait pas s'insérer près du col pour se rendre dans la cavité utérine en état de vacuité. Si cette particularité a été constatée, il n'y a pas de doute que M. Guéniot a eu affaire à un utérus cloisonné, dont le développement d'une seule des loges a renversé la cloison intermédiaire, de manière à changer sa direction verticale primitive et à en faire une sorte de diaphragme transversal.

M. Marc Sée. Je pense que l'explication donnée par M. Polaillon tombe devant le fait contradicoire de l'insertion normale des deux trompes. Je me rappelle un fait analogue qui pourrait être explicatif. Lorsque j'étais interne à l'hôpital Beaujon, tout le personnel médical fut un jour en grand émoi, à l'occasion des préparatifs d'une opération césarienne. Il s'agissait d'une femme à terme, dont la grossesse avait une marche étrange, et chez laquelle le col et le corps utérin avaient des rapports tels que Huguier crut un moment à une grossesse entra-utérine; Roux, Lagneau, Danyau, Depaul, Robert, dont il avait pris l'avis, restèrent dans le doute et conseillèrent la temporisation, heureusement pour la femme qui accoucha normalement. Voici ce qui s'était passé: L'utérus s'était irrégulièrement développé, et le développement avait surtout porté sur la paroi postérieure de l'utérus. Celle-ci avait produit une sorte d'éperon très propre à simuler une cloison transversale. A défaut d'autre explication, c'est par un mécanisme de ce genre que j'essaierais d'expliquer le fait de M. Guéniot.

M. Le Fort. — L'explication de M. Polaillon me paraît vraisemblable, et je ne vois pas que l'insertion des trompes à leur place normale soit une objection. Il n'est pas possible que dans l'utérus gravide la loge vide ne participe pas au développement de l'ensemble. M. Polaillon semble dire que, dans un utérus double la grossesse ne peut aller jusqu'à terme ; dans mon travail sur les vices de conformation de l'utérus et du vagin, j'ai rapporté nombre d'observations qui prouvent le contraire ; il faut faire exception pour les grossesses dans une corne utérine atrophiée, comme le prouve le fait de Dionis, rendu célèbre par l'examen de l'utérus fait à plusieurs reprises en présence de la reine femme de Louis XIV. D'ailleurs la malade de M. Guéniot était accouchée une première fois dix-neuf ans auparavant, la malformation supposée n'avait pas été à cette époque une cause de dystocie.

M. Polaillon. Je pense, comme M. Le Fort, que l'insertion des trompes ne prouve par contre mon interprétation. Il faudrait revoir la pièce. Quand au canal signalé par M. Guéniot sa présence s'explique d'autant mieux qu'on admet le changement de direction de la cloison primitivement verticale. Le cas relaté par M. Sée n'a pas d'analogie avec celui de M. Guéniot, il s'agissait là d'une dilatation sacciforme de l'utérus, où le col finit toujours par se dilater, comme l'a démontré l'accouchement naturel, tandis que chez la malade de M. Guéniot la dilatation était impossible. Enfin, M. Le Fort a fait une observation juste, en disant que l'accouchement pouvait être normal avec utérus mal conformé, j'ai dit simplement que la malformation prédisposait aux insertions vicieuses du placenta, et aux présentations transversales sans faire une règle de ces anomalies secondaires.

Rapport

Au nom d'une commission composée de MM. Delens, Sée et Chauvel, M. Chauvel lit un rapport sur des observations de chirurgie présentées par M. Richon, médecin major à l'hôpital militaire de Belfort.

Les observations qui nous ont été envoyées par M. le Dr Richon, sont tellement dissemblables, elles ont trait à des affections si différentes, qu'il est nécessaire de les analyser successivement et séparément.

I

Fracture du tibia, siège d'une ostéite ancienne. — Séquestres éliminés ou extraits ; guérison.

Un homme de 36 ans, vigoureux, entaché d'alcoolisme, atteint depuis vingt ans d'une ostéo-périostite du tibia gauche, se fracture la jambe gauche et le péroné droit en juin 1880. Rien à noter pour la fracture de la malléole externe droite ; elle suit une marche régulière ; la consolidation se fait sans encombre et dans le temps habituel. Bien plus graves sont les accidents qn'entraîne la cassure du tibia gauche, malade depuis l'enfance et considérablement hypertrophié. L'inflammation est violente, l'os brisé suppure et se nécrose, des abcès se forment, des esquilles s'éliminent, des séquestres volumineux sont extraits. Il faut recourir à des incisions multiples, débrider les tissus enflammés et indurés, faire la voie aux parties mortifiées, et plus tard mouler pour ainsi dire le

nouvel os, afin d'éviter une trop grande déformation. Malgré les antiseptiques, du pus se forme et se collecte, et la gravité de l'état général, l'élévation de la température, les frissons, l'embarras des voies digestives, font longtemps craindre le début d'une septicopyémie. Cependant le blessé supporte ces assauts répétés. Un an et demi après l'accident, il marche, il a repris ses fonctions, et tout fait espérer que les accidents inflammatoires, présage de l'issue d'une esquille, ne se renouvelleront plus.

Nous ne voudrions pas, toutefois, affirmer avec notre distingué collègue, que la fracture est devenue pour le patient l'occasion d'une guérison inespérée ; nous n'oserions dire que l'inflammation a déterminé la nécrose de tous les ostéophytes développés au pourtour de l'os ancien. Une période de calme de quelques mois ne suffit pas pour affirmer qu'il n'y aura plus de nouvelles poussées d'ostéite, d'autant que la jambe reste encore légèrement gonflée et rouge dans sa partie inférieure. Sans doute, le tibia s'est consolidé dans de bonnes conditions ; malgré la longueur et la gravité des accidents, le résultat fonctionnel est des plus satisfaisants. Il n'y a ni raccourcissement, ni déformation du membre ; malade et chirurgien doivent s'estimer fort heureux de ce succès, dû à des soins attentifs et intelligents. Mais nous ne saurions en conclure qu'une ostéite ancienne soit en quelque sorte une condition favorable à la consolidation d'une fracture et que le périoste plus ou moins altéré par une inflammation chronique est toujours mieux disposé à reproduire un nouvel os solide et résistant.

II

Ostéo-périostite, contractures consécutives à l'enclavement d'un très petit projectile ; extraction, guérison.

La seconde observation du Dr Richon est des plus intéressantes. Elle nous montre, en effet, que si les projectiles de petit calibre peuvent et doivent, le plus souvent, être abandonnés dans les tissus où ils se sont logés, leur présence occasionne parfois des accidents assez graves pour nécessiter l'extraction, même au bout de plusieurs mois. Un jeune soldat du 35e de ligne, solide et vigoureusement constitué, est blessé au pied droit le 7 avril 1879, par une balle de tir à tube. Le projectile, à peine gros comme un pois, se loge dans l'astragale, assez solidement pour que le chirurgien, après l'avoir mis à découvert, se décide à n'en pas tenter l'extraction. Bientôt apparaît une ostéite sourde, diffuse, qui s'étend à tous les os voisins, s'accompagne de vives douleurs et entraîne

une extension forcée du pied, par contracture ou rétraction réflexe des muscles du mollet. Cataplasmes, résolutifs, révulsifs, tout échoue contre cette affection, qu'une saison aux eaux de Bourbonne ne parvient pas à améliorer. Un an après l'accident, le blessé entre dans le service de notre confrère.

La région tarsienne droite est le siège d'un gonflement diffus qui affecte principalement le périoste. Le pied est dans l'extension forcée et permanente ; des élancements, des crampes, partant de la région blessée, s'étendent à la jambe et remontent parfois jusqu'au-dessus du genou. La teinte violacée, l'aspect luisant de la peau, les sueurs locales et l'abaissement de la température (32° au lieu de 33°,5) témoignent des troubles de la nutrition. Par la mensuration se décèle une atrophie notable de la jambe et de la cuisse du côté affecté. Enfin, les mouvements spontanés sont impossibles et les mouvements imprimés causent de vives douleurs.

Quelle peut être la cause de tous ces accidents ? Évidemment, la présence du projectile enclavé dans l'astragale peut seule être incriminée, et son extraction est nettement indiquée. Le Dr Richon l'exécute immédiatement ; il met à nu l'astragale, l'attaque avec la gouge et le maillet, découvre la balle et la retire sans difficulté. Un appareil plâtré fenêtré maintient le pied en bonne situation.

Quelques accidents inflammatoires, dus sans doute à la lésion des gaines tendineuses post-malléolaires retardent la guérison. Mais la plus grande difficulté est de maintenir le redressement du pied. On y arrive cependant graduellement. Trois mois après l'opération, le gonflement s'est effacé. Les os du tarse ont repris leur volume, les troubles de nutrition ont complètement disparu, ainsi que les douleurs ; le patient marche sans appui, et bien qu'il se fatigue encore rapidement, le rétablissement complet et prochain des fonctions du membre ne saurait laisser de doute au moment de sa sortie de l'hôpital.

Un fait isolé ne peut servir à établir une règle générale. Nous ne conclurons donc pas, de cette seule observation, à la nécessité d'extraire sans retard tous les projectiles enclavés dans les os, si faible que soit leur calibre. Mais aussi, nous demanderons à ceux de nos collègues qui, dans des cas analogues, conseillent toujours l'abstention, de vouloir bien reconnaître qu'il est des circonstances où le chirurgien doit intervenir, et que l'extraction immédiate de la balle eût épargné à ce blessé les graves accidents que notre habile confrère de Belfort a pu combattre avec un plein succès.

III

Kéloïde cicatricielle abcédée, extirpation.

La troisième observation est l'histoire d'une kéloïde cicatricielle remontant à 4 ans, et dont l'ablation dut être pratiquée en raison de l'inflammation dont elle était le siège depuis quelques semaines. Rien de spécial à noter, sauf la formation d'un abcès dans l'épaisseur du tissu de cicatrice, et l'existence d'un trousseau fibreux, sorte de pédicule qui rattache la masse morbide à l'aponévrose lombaire. L'extirpation se fait sans difficulté et le patient quitte l'hôpital au bout de 2 mois, à peu près guéri. Il n'y est pas rentré depuis 18 mois, ce qui confirme la persistance actuelle de la guérison. L'examen, à l'œil nu, fait voir au centre de la production morbide une petite cavité kystique, de forme conique, à base superficielle, et qui renferme quelques gouttes d'un liquide muqueux. Pratiqué par M. le Dr Kiener, agrégé du Val-de-Grâce, l'examen histologique confirme le diagnostic de kéloïde avec kyste central. Il est probable que l'abcès signalé s'était produit dans la cavité kystique centrale, dont on retrouvait sur des coupes l'endothélium simple, formé par une couche unique de cellules. Cet accident est rarement observé, il méritait d'être noté.

IV

Varices du membre supérieur.

Les varices du membre supérieur sont peu communes, et les auteurs classiques en font à peine mention. Cependant un certain nombre d'exemples ont été publiés. M. le Dr Richon nous en fournit un nouveau. Un jeune soldat, bien portant, éprouve en 1878, en faisant un violent effort pour soulever une voiture chargée de foin, un craquement douloureux dans l'épaule droite. Deux jours après, pneumonie qui guérit en six semaines; puis, dans le travail, gonflement du bras droit avec saillie des veines superficielles, fatigue rapide, fourmillement, crampes et diminution considérable de la force musculaire.

Incorporé en 1879, il ne peut faire aucun service et entre, en juillet 1880, à l'hôpital militaire de Belfort. Même au repos, le membre supérieur droit est plus volumineux que son congénère. Les veines superficielles, normales à la main et à l'avant-bras, sont dilatées au pli du coude, où l'on voit, entre les branches de

l'M, un lacis de veinules violettes. Au bras, la veine céphalique est dilatée, cylindroïde, non flexueuse; elle se continue à l'épaule avec une grosse veine très sinueuse, qui passe au devant du grand pectoral et se résout en un riche plexus dont les mailles, couvrant un espace de plusieurs centimètres au-dessous de la clavicule, se continuent insensiblement avec les veines du côté opposé. La circonférence du membre droit, à l'avant-bras et au bras, dépasse de 2 centimètres le pourtour du membre gauche. Avec la fatigue, les veines deviennent plus saillantes, surtout au niveau du grand pectoral, et l'excès de volume du membre droit atteint 3 centimètres à l'avant-bras et 5 centimètres à la racine du bras. L'engourdissement arrive rapidement, ainsi que la diminution de la sensibilité. Notons aussi un léger abaissement de la température de la main. Par ailleurs, aucun trouble du système vasculaire, cardiaque, artériel ou veineux.

Notre confrère, en raison du temps écoulé depuis l'accident, ne cherche pas à pénétrer l'origine et le mécanisme des lésions, l'influence de l'effort musculaire et de la pneumonie sur la production des varices. Il serait peut-être sage à nous d'imiter sa réserve. Si cependant nous considérons le développement rapide des varices après un craquement scapulaire et un violent effort, leur localisation à la veine céphalique et le développement de la circulation collatérale dans la paroi thoracique, sous la clavicule, il nous semble qu'on peut admettre ici une oblitération probable de la veine axillaire droite. Contusion ou froissement de la veine axillaire par un déplacement exagéré de la tête humérale, phlébite adhésive se propageant jusqu'à la veine sous-clavière, développement de la veine céphalique et de ses branches, telle nous pouvons nous figurer la marche des accidents. L'oblitération du tronc veineux est devenue permanente et les varices ont persisté.

V

Kyste du thyroïde, injection iodée, perte de la voix, guérison.

Un jeune homme de 22 ans, originaire de la Savoie, est porteur d'une tumeur nettement fluctuante du lobe droit du thyroïde, mesurant de 5 à 6 centimètres de hauteur. Adhérente à la trachée, elle produit de la dyspnée à la suite des exercices pénibles et des ascensions; quand la tête est renversée en arrière, il y a véritable cornage. Tout fait prévoir que la poche est uniloculaire. Une ponction exploratrice donne du liquide. Le Dr Richon se décide à intervenir et, après avoir vidé et lavé le kyste, il y injecte une solu-

tion iodée au tiers. Douleurs vives pendant trois jours, léger œdème cervical; ni fièvre, ni inflammation. Un mois après l'opération, la tumeur a disparu, il n'en reste plus trace. Mais le malade qui bégayait légèrement avant son entrée, ne peut plus parler à haute voix. Cet accident ne paraît pas avoir frappé l'attention en ce moment; on ne s'en occupa pas, et C... fut envoyé en convalescence. L'opération avait été pratiquée le 9 décembre 1880; le patient rentra à l'hôpital fin mai 1881, n'émettant toujours que des sons inarticulés, entrecoupés, dit l'auteur, par de fréquentes interruptions. S'il essaie de parler, tous les muscles de la face et du cou se contractent d'une façon désordonnée, les jugulaires se gonflent sous l'influence d'efforts impuissants qu'atteste encore l'agitation des mains portées vers le cou comme pour indiquer le siège de l'obstacle. Enfin, il s'impatiente, se met à pleurer, se désespère. Pour notre distingué confrère, il y a perte de la coordination de l'appareil musculaire affecté au langage, avec conservation de l'émission des sons. La déglutition et la respiration sont normales, il existe une pharyngite légère avec sécrétion de mucosités épaisses.

L'examen laryngoscopique montre que les cordes vocales ont gardé leurs mouvements. Les pulvérisations, les révulsifs, l'électrisation faradique échouent complètement. Pour s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une simulation, le Dr Richon soumet le malade à l'action du chloroforme, mais des accidents asphyxiques menaçants obligent à interrompre cette épreuve dangereuse, que, pour notre part, nous n'oserions utiliser que si l'anesthésie était commandée par la nature de l'affection. Envoyé au Val-de-Grâce, le malade, nous a dit M. Villemin, recouvra promptement la parole sous l'action des faradisations un peu énergiques.

Notre confrère de Belfort, s'appuyant sur des considérations morales tirées du caractère et de la conduite de son opéré, sur les faits d'aphonie temporaire consécutifs à la thyroïdectomie sans section des récurrents, faits dont plusieurs nous ont été communiqués, sans qu'on en puisse donner une explication rationnelle, pense que l'affection était réelle et l'attribue à des troubles réflexes dépendant de l'état inflammatoire de la muqueuse laryngée. Pour moi, je ne saurais partager ses doutes. M. le professeur Villemin n'a pas constaté de lésions du larynx, et la parole est revenue, m'a-t-il dit, dès la première application d'un fort courant de l'appareil à induction. Il reste donc à démontrer, par des exemples moins douteux, que l'injection iodée d'un kyste du thyroïde peut être suivie de la perte, non de la voix, mais bien de la voix parlée, de l'articulation des sons.

Terminant cette rapide analyse des intéressantes observations

que nous a communiquées M. le Dr Richon, je propose à la Société :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur ;

2° De renvoyer au comité de publication l'observation d'ostéopériostite diffuse et de rétraction musculaire consécutives à l'enclavement d'une balle de tir dans le col de l'astragale (Obs. 2) ;

3° De déposer honorablement dans nos archives les autres observations.

Balle de tube à tir superficiellement logée dans le col de l'astragale, ostéo-périostite diffuse avec rétraction des muscles du mollet et impotence du membre. — Extraction du projectile au bout de 18 mois. — Disparition de tous les accidents et rétablissement graduel des fonctions du pied.

Par le Dr Richon, médecin major de 1re classe à l'hôpital militaire de Belfort.

Les blessures produites par les balles de petit calibre sont rarement sérieuses, à moins qu'elles n'intéressent un organe essentiel à la vie ; quand ces projectiles se perdent dans les tissus, ils s'y enkystent le plus souvent sans déterminer d'accidents ultérieurs, d'où le précepte de s'abstenir de toute opération pour aller à leur recherche. Cette règle, cependant, n'est pas sans exception, et l'on peut observer, malgré la faible masse du corps vulnérant et le peu d'importance des désordres primitifs, des complications fort graves tout à fait imprévues. C'est un cas de ce genre que j'ai eu l'occasion de voir l'an dernier et dont l'observation m'a paru présenter un certain intérêt.

B... soldat au 35e de ligne, entre dans mon service, à l'hôpital militaire de Belfort, le 13 juillet 1880, au retour d'une saison à Bourbonne-les-Bains. C'est un homme petit, d'un bon tempérament, sans maladies antérieures, mais fatigué par la souffrance et un long séjour dans les hôpitaux.

Il me raconte que quinze mois auparavant, le 7 avril 1879, il a été blessé au pied droit dans un exercice de tir au tube par un fusil dont la chute accidentelle avait fait partir la détente. La balle, à peine grosse comme un pois, a pénétré dans le bord interne du pied, en avant de l'articulation tibio-tarsienne, au niveau du col de l'astragale, par une petite plaie qui n'a donné que quelques gouttes de sang.

Le jour même de l'accident, on procède à l'hôpital militaire à

la recherche du projectile. Après avoir pratiqué un petit débridement, on le trouve logé dans l'astragale tout près de sa surface, mais solidement fixé. Il fallait, pour l'extraire, donner un coup de gouge ; le chirurgien préféra s'abstenir, pensant probablement qu'il sortirait spontanément plus tard ou qu'en raison de son petit volume, il s'enkysterait sans provoquer d'accidents sérieux.

Quinze jours après, la plaie était cicatrisée; mais une ostéo-périostite diffuse, sans tendance à la suppuration, naissait bientôt autour du point lésé et, s'étendant aux os voisins, envahissait toute la partie interne du pied. Celui-ci, devenu très douloureux et ne pouvant plus supporter le contact du sol, cédait graduellement à l'action réflexe des muscles du mollet et se portait dans l'extension forcée. Le traitement employé (cataplasmes, onctions résolutives, applications successives de vésicatoires volants, etc...) fut impuissant à enrayer la marche des accidents, et plus d'un an après la blessure, le 15 mai 1880, le malade, qui n'avait pas encore quitté l'hôpital, était envoyé aux eaux de Bourbonne, où il resta deux mois sans trouver le moindre soulagement. C'est à son retour que je fus appelé à lui donner mes soins et que je le trouvai dans la position suivante:

Le pied droit est étendu sans déviation latérale ; à un centimètre en arrière du tubercule du scaphoïde on voit une cicatrice verticale longue de deux centimètres et demi résultant de l'incision faite pour la recherche de la balle. La région tarsienne est augmentée de volume sur sa face dorsale jusqu'à l'interligne cunéo-métatarsien et le long de son bord interne, où les saillies normales de l'astragale et du scaphoïde sont noyées dans un gonflement périostique qui s'étend jusqu'à la plante du pied.

La sensibilité est exagérée au niveau de cette cicatrice, le pied est parfois le siège de douleurs spontanées, de fourmillements, de crampes s'étendant jusqu'à la cuisse. Les troubles de nutrition sont caractérisés par la teinte violacée asphyxique de la peau du pied, son aspect luisant, la sueur qui le couvre et par l'abaissement de la température (T. du pied droit, 32°; T. du pied gauche 33° 5). La jambe est amaigrie ainsi que la pointe du pied jusque vers le milieu du métatarse ; les mensurations comparatives faites sur les deux membres donnent les longueurs suivantes :

	Côté droit.	Côté gauche.
	—	—
Interligne métatarso-phalangien. . .	23 cent.	24 cent.
Interligne tarso-métatarsien	25 —	24 —
Interligne médio-tarsien.	29 —	27.5
Mollet	30 —	35 —
Milieu de la cuisse	46 —	48 —

Le malade ne peut mouvoir spontanément que les orteils; pour déplacer le pied, il faut qu'il s'aide de la main et les mouvements communiqués (flexion, adduction, abduction et rotation) sont fort douloureux. La marche est impossible; le pied ne touche le sol que par l'extrémité des orteils et, à la moindre pression, il devient violet et turgescent.

Tous ces désordres étant la conséquence directe de la présence du projectile, l'indication formelle trop longtemps méconnue est d'en opérer l'extraction. Aussi, après avoir laissé au malade quelques jours de repos, je procède, le 21 juillet, à cette petite opération.

Le malade préalablement endormi, je fais dans la première cicatrice une incision verticale descendant jusqu'au voisinage de la gaine du tendon du jambier postérieur que je cherche à ménager, puis, à l'extrémité supérieure de celle-ci, une seconde incision dessinant la branche horizontale d'un T. Je dissèque deux petits lambeaux triangulaires dans les téguments épaissis et de consistance fibreuse et j'arrive sur le col de l'astragale où je reconnais une petite surface rugueuse circonscrite. A ce niveau, j'attaque l'os avec la gouge et le maillet et, après en avoir enlevé quelques lamelles, j'aperçois la balle, que je retire sans difficulté. L'excavation pratiquée peut admettre l'extrémité du doigt; aucune articulation n'a été intéressée. L'incision transversale est réunie par trois points de suture, la première étant laissée pour l'écoulement du pus. La position est immédiatement rectifiée et maintenue au moyen d'un appareil plâtré fenêtré; enfin la plaie est recouverte d'un pansement phéniqué. Le lendemain, le malade va bien, il a eu un peu de fièvre, il souffre peu et supporte facilement la position nouvelle imposée à son pied.

Le 23, j'enlève les points de suture; la réunion a partiellement réussi; la suppuration commence à s'établir.

Les jours suivants, le malade accuse au niveau de la malléole interne des douleurs qui me forcent à enlever l'appareil le 28; la région malléolaire est rouge et gonflée; je la fais couvrir de cataplasmes.

Le 1er août, un abcès s'est formé au tiers inférieur de la jambe dans la région du jambier postérieur, soit par inflammation de voisinage, soit peut-être parce que la gaine du tendon de ce muscle que j'avais cru ménager a été atteinte pendant l'opération; je fais une incision derrière la malléole parallèlement au bord postérieur du tibia.

Le 3 août, le gonflement ayant à peu près disparu, et le pied reprenant sa position vicieuse, j'applique un nouvel appareil plâtré

laissant les plaies à découvert. Pansement phéniqué et cataplasmes sur l'abcès de la jambe.

Le 6, la plaie du pied suppure beaucoup moins ; la fusée du jambier postérieur se vide facilement par celle de la jambe.

Le 13 août, cette dernière, devenue trop étroite, doit être débridée pour donner issue au pus accumulé.

Le 23, la plaie du pied est entièrement cicatrisée, celle de la jambe se ferme trois jours après, ce qui permet d'appliquer un nouvel appareil enveloppant complètement le pied et le tiers inférieur de la jambe. Cet appareil est encore nécessaire pour maintenir le pied, qui tend toujours à reprendre sa position vicieuse. Le gonflement diffus de la partie externe de la région tarso-métatarsienne a déjà beaucoup diminué.

Le 11 septembre, en levant le dernier appareil, je constate de nouveaux progrès dans le dégonflement; le pied laissé libre, conserve une position correcte, et il appuie sur le sol par toute sa surface et peut déjà supporter le poids du corps pendant quelques instants. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont encore douloureux et limités, surtout dans le sens de la flexion. Des exercices progressifs et des douches locales quotidiennes sont prescrites pour hâter le retour du fonctionnement normal.

A la fin de septembre, B... commence à marcher sans béquilles en s'aidant simplement d'une canne ; le pied pose bien à plat sur le sol ; les petites articulations tarso-métatarsiennes redeviennent mobiles ; les saillies osseuses commencent à sortir du gonflement diffus où elles étaient perdues ; enfin, la teinte violacée des téguments a disparu avec les sueurs locales ; la température des deux pieds n'offre plus de différence.

Le 17 octobre, la canne elle-même peut être abandonnée ; la marche est devenue facile sans le moindre soutien ; la fatigue arrive encore rapidement et provoque l'apparition de crampes dans la jambe. Le rétablissement complet des fonctions du membre dans un avenir prochain est désormais certain. Le blessé, libéré du service, quitte l'hôpital pour retourner dans ses foyers.

Discussion sur l'extraction des petits projectiles.

M. Le Fort. De l'une des observations, M. Chauvel semble conclure que la règle de la non-intervention dans les blessures par petits projectiles se trouve démentie par les faits. Il faut distinguer entre l'abstention et une intervention non suivie de succès. Chez ce blessé, on a cherché la balle jusque sur l'astragale; puis le projectile mis à découvert a été laissé en place. N'est-ce pas à ces recherches que sont dus les accidents observés, et si l'on ne

devait pas extraire le projectile, n'eût-il pas mieux valu ne pas aller à sa recherche?

M. Th. Anger. J'avais demandé la parole pour dire exactement ce que M. Le Fort vient de dire.

M. Desprès. Quand on sent le projectile, il faut l'extraire; ce qui est mauvais, c'est de le chercher quand on ne le sent pas. J'ai dans mon service une malade qui a un projectile derrière la clavicule, je l'y ai laissé et la blessée ne souffre pas de sa présence.

M. Berger. Il faut faire une distinction entre les projectiles perdus au milieu des parties molles et ceux qui touchent le squelette, ceux-ci ont moins de tendance à s'enkyster, ils sont déformés, anguleux et même fragmentés, leurs aspérités sont une cause d'inflammation. J'ai soigné un jeune homme qui avait eu le cuboïde fracturé par un projectile, l'extraction de la balle a été suivie de suppuration, mais je demeure convaincu que les accidents eussent été beaucoup plus graves si le projectile était resté en place dans un foyer esquilleux.

M. Le Fort. M. Berger a rendu service à son malade, car il y avait eu déjà des explorations assez prolongées lorsqu'il a dû intervenir. Chez le malade dont nous parle M. Chauvel, on avait fouillé la plaie, on avait vu la balle et on l'avait laissée en place. J'ai vu avec M. Verneuil un blessé, devenu depuis docteur en droit; il a une balle dans le rocher, et ne s'en ressent pas, il a même eu une fièvre typhoïde qui n'a exercé aucune mauvaise influence sur sa blessure.

M. Chauvel. Je ferai remarquer que ce n'est pas M. Richon qui a fait les premières tentatives d'extraction. C'est un autre médecin et qui a eu tort. Les accidents qui ont duré plus d'un an et n'ont cessé qu'après l'extraction ne peuvent s'expliquer que par la présence du projectile.

Tout en maintenant la règle générale, j'ai cru pouvoir dire qu'il y avait certains cas où on devait ne pas la suivre et celui-ci me paraît être du nombre.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et sont adoptées.

Communications.

M. Marc Sée communique l'observation suivante :

Douleurs névralgiques siégeant principalement dans la mâchoire inférieure. Elongation du nerf dentaire inférieur. Guérison.

Mme B..., âgée de 47 ans, de constitution délicate, et affaiblie par les souffrances, est entrée à la Maison municipale de Santé le 30 janvier 1881, pour des douleurs à forme névralgique paraissant avoir leur siège principal dans le rebord alvéolaire inférieur, du côté gauche, mais qui s'irradient dans les régions voisines, surtout dans la joue, la tempe et dans la langue.

Ces douleurs, au dire de la malade, se seraient montrées pour la première fois il y a six ans, d'une façon subite. Elles occupaient alors la joue gauche et la langue, et étaient parfois assez vives pour gêner ou entraver complètement la déglutition et la parole. Elles étaient intermitteutes, disparaissaient complètement pendant un temps plus ou moins long et revenaient ensuite très violentes, de préférence aux époques menstruelles. Mais depuis deux ans elles sont devenues à peu près contiuues, avec des exacerbations qui se reproduisent presque toutes les nuits. Privée de sommeil depuis plusieurs semaines, la malade a perdu l'appétit et les forces et est tombée dans un état d'excitation nerveuse qui lui rend la vie insupportable; aussi réclame-t-elle avec instance une opération, quelle qu'elle soit, qui puisse lui procurer du soulagement.

Comme antécédents pouvant avoir quelque rapport étiologique avec ces douleurs, Mme B... raconte qu'elle a eu, vers l'année 1870, plusieurs fois de petits abcès dans le conduit auditif, puis, un peu plus tard, un polype de ce conduit, qui aurait été enlevé par un médecin de province.

L'an dernier, elle fut atteinte d'une inflammation de la mâchoire inférieure, à la suite de laquelle quatre petites esquilles du bord alvéolaire furent éliminées. Cette inflammation est attribuée par la malade à l'avulsion d'une dent, faite il y 17 ans. Aucun antécédent scrofuleux ou syphilitique. État nerveux très développé. Il n'y a jamais eu d'accès d'hystérie bien caractérisé, mais la moindre contrariété provoque des larmes abondantes et la sensation d'une boule qui comprimerait le cou. Mariée depuis de longues années, la malade n'a jamais eu d'enfant.

Toutes les médications usitées en pareil cas, iodure, bromure de potassium, quinine, arsenic, narcotiques à l'intérieur et en injections hypodermiques et sous-muqueuses, arsenic, révulsifs, électricité, avaient été employées sans succès.

A son entrée à la Maison de Santé, la malade se plaignait surtout de douleurs très vives dans la moitié gauche de la mâchoire inférieure,

où la moindre pression du doigt déterminait des souffrances intolérables, s'irradiant du côté de l'oreille et de la tempe; dans ces dernières régions, la malade ne pouvait supporter le plus léger chatouillement. Le calme revenait ordinairement dans la journée; mais les nuits étaient extrêmement pénibles et agitées.

Après avoir renouvelé inutilement l'usage, à forte dose, de plusieurs des médicaments ci-dessus mentionnés, après avoir essayé les courants continus sans plus de succès, je fis, le 25 février, sur la gencive une incision étendue, divisant le périoste dans toute son épaisseur. Cette incision n'ayant procuré aucun soulagement, je me décidai à faire l'élongation du nerf dentaire inférieur, en donnant la préférence au procédé Sonnenberg, qui consiste à découvrir le nerf par une incision faite le long du bord inferieur du corps du maxillaire. Ce procédé a l'avantage de ne laisser aucune cicatrice dans la face et de ne léser aucun organe important.

L'opération fut pratiquée le 9 mars 1882. La malade, anesthésiée au moyen du chloroforme, fut placée en travers du lit, la tête pendante, de manière que la région sus-hyoïdienne gauche reçût directement le jour. Une incision de 4 centimètres environ fut faite le long du bord inférieur du maxillaire, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au voisinage de l'artère faciale, qui ne fut pas lésée; elle divisa toutes les parties molles jusqu'à l'os. Je détachai ensuite de bas en haut, avec le bistouri d'abord, puis avec une spatule, les insertions du ptérygoïdien interne sur le maxillaire inférieur, jusqu'à ce que mon indicateur gauche, porté au fond de la plaie, pût sentir l'épine de Spix. Puis, portant un petit crochet mousse au-dessous de mon doigt, laissé sur cette épine, j'accrochai très facilement le nerf dentaire, que je sentais se tendre quand je tirais sur le crochet. Je répétai plusieurs fois ces tractions, que je fis assez fortes pour allonger notablement le nerf, sans pourtant le déchirer. Il s'écoula à peine quelques gouttes de sang pendant toutes ces manœuvres.

Après avoir placé un drain dans l'angle postérieur de la plaie, je suturai toute la partie antérieure de celle-ci et j'appliquai un pansement de Lister.

Les suites de l'opération furent assez simples; toute la portion suturée de la plaie se réunit par première intention. Mais il se produisit une inflammation phlegmoneuse de la joue, qui, malgré les injections phéniquées qu'on faisait par le drain, nécessita une petite incision et retarda quelque peu la guérison.

Celle-ci, du reste, fut aussi complète que possible. Depuis que le nerf a été élongé, les douleurs névralgiques ne se sont plus fait sentir une seule fois. La malade a recouvré le sommeil, l'appétit et les forces; un peu de gêne dans la déglutition, qui s'était manifestée les premiers jours, a disparu très rapidement. La constriction des mâchoires, liée à l'inflammation de la région, existait encore à un faible degré quand la malade a quitté la Maison de santé; mais elle diminuait de jour en jour, et l'on pouvait espérer qu'elle se dissiperait sous peu.

En explorant la sensibilité des parties, j'ai constaté que la moitié

gauche du menton et de la lèvre inférieure ne percevait pas les piqûres d'épingle. Cette insensibilité aux irritations mécaniques s'étendait également à la partie gauche de la moitié antérieure de la langue, laquelle est inapte à percevoir les impressions sapides. Cette dernière circonstance ferait croire que le nerf lingual a été élongé en même temps que le dentaire. Quant à l'artère dentaire, qui probablement a été déchirée, elle n'a donné lieu à aucun écoulement sanguin, et c'est là ce qui constitue un avantage de l'élongation sur la section, qui, dans quelques cas, a été suivie d'hémorragies inquiétantes.

Discussion.

M. Polaillon. M. Marc Sée a-t-il observé sa malade assez longtemps après l'opération? L'année dernière (*Bull. de la Soc. de chir.*, p. 802, 1881), j'ai communiqué à la Société une observation d'élongation du nerf dentaire inférieur. La guérison paraissait parfaite, mais au bout de quatre mois les douleurs revinrent aussi cruelles qu'avant; cependant elles n'étaient pas continues. L'opération a été faite il y a 9 mois actuellement et le malade a des périodes de calme avec intermittences de douleurs ; il n'est donc pas guéri. Voici une autre observation où l'opération a été plus radicale, puisqu'après élongation j'ai sectionné le nerf et j'ai arraché son bout périphérique, les douleurs ont cessé 10 jours après l'opération, et n'ont pas encore reparu.

Observation.

Névralgie épileptiforme du nerf dentaire inférieur. — Élongation de ce nerf précédant la section et l'arrachement du bout périphérique. — Guérison [1].

M. S., âgé de 68 ans, souffre depuis trois ou quatre ans d'une douleur extrêmement violente dans la moitié droite de la tête, et particulièrement dans la portion droite du maxillaire inférieur. Il y a un an environ, il fit extraire une grosse molaire inférieure droite, pensant que cette dent, qui subsistait seule dans ce côté de la mâchoire, était l'origine du mal. Mais la dent était saine et, une fois enlevée, les douleurs n'en persistèrent pas moins. Elles avaient pour point de départ l'endroit de la gencive où la dent était implantée.

La douleur de la mâchoire inférieure existait continuellement à l'état d'une sensation pénible. Mais lorsque le point indiqué de la gencive était touché soit par la langue, soit par certains liquides ou une substance

[1] Cette observation figure dans la thèse inaugurale d'un de mes élèves, M. le Dr Michon, intitulée *Des moyens chirurgicaux employés comme traitement de la névralgie faciale rebelle* (Thèse pour le Doctorat, Paris, 1882; p. 89).

alimentaire, la douleur s'exaspérait, devenait horrible, s'irradiait dans la lèvre inférieure et le menton, et remontait du côté de la tempe et du front. Il se produisait alors des crises, qui ont duré quelquefois jusqu'à 20 minutes, et qui dépassaient tout ce qu'on peut imaginer de plus atroce. Le malade prenait les plus grandes précautions pour les éviter. Il s'abstenait, autant que possible, de parler, de manger et même d'avaler sa salive, de peur de toucher avec la langue le point de la gencive d'où partait l'*aura névralgique*.

Beaucoup de médecins avaient été consultés, et beaucoup de médicaments avaient été pris sans le moindre soulagement. Je signalerai, en particulier, la morphine, le chloroforme, l'atropine, l'aconitine, le sulfate de quinine, l'iodure de potassium, le bromure de potassium. L'électricité n'avait fait qu'aggraver l'état du malade.

Enfin, à bout de ressources, il nous fut adressé par notre honorable confrère, le docteur Lereboullet. Il n'y avait plus à tenter qu'une opération pour le guérir ou au moins le soulager.

M. S. est d'une bonne santé habituelle. Cependant il a été opéré de la pierre par la lithotritie, il y a quelques années ; les urines laissent déposer, de temps en temps, un peu de sable urique ; il souffre quelquefois de douleurs articulaires et il a un peu de névralgie sciatique à gauche.

En examinant la région malade, je trouve qu'à partir de la petite molaire inférieure droite, la gencive n'est pas douloureuse à la pression, même dans le point d'où part la névralgie. En ce point, situé à un centimètre environ en arrière de la petite molaire et à un centimètre en avant de l'extrémité postérieure de la gencive, je n'observe ni rougeur ni tuméfaction.

M. S. explique que les crises névralgiques partent toujours de ce point, et que ce sont les mouvements de la langue et de la mâchoire qui les provoquent. Pendant les crises, rien, si ce n'est peut-être le froid et les applications froides, ne peut soulager. La physionomie de M. S. exprime l'anxiété. Il est décidé à subir une opération pour être débarrassé d'une maladie qui rend sa vie intolérable. Je lui propose de détruire le nerf dentaire inférieur au-dessus du point qui est le siège primitif de la névralgie. Cette opération est acceptée.

Opération, le 5 janvier 1882, avec l'aide de M. le Dr Lereboullet et de MM. Peltier et Mérigot de Treigny, internes des hôpitaux.

Le malade fut chloroformisé. L'opération fut semblable à celle que j'ai décrite à la Société de chirurgie (*Bull. de la Soc. de chir.*, p. 802 ; 1881). Incision courbe, à concavité antérieure, partant du bord inférieur du maxillaire et remontant sur sa branche montante ; trépanation de la branche montante sur le trajet du dentaire inférieur ; recherche du nerf qui est chargé sur un crochet mousse ; élongation modérée du dentaire inférieur. Enfin, pour mettre le patient complètement à l'abri de la récidive de la névralgie, section du nerf le plus haut possible, et après la section arrachement du bout périphérique.

Après l'opération, qui avait été faite sous le spray phéniqué, suture métallique (trois points) et pansement de Lister.

La moitié droite de la lèvre inférieure était devenue complètement insensible.

Le soir. — Pouls 84; pas de fièvre; un peu de gonflement de la joue; gêne pour avaler la salive ou les boissons.

Le 6 janvier. — Le pansement est renouvelé. La nuit s'est passée sans sommeil. Le malade *souffre autant qu'avant l'opération* au niveau du même point de la gencive. Cependant la lèvre inférieure, la canine et les incisives droites sont complètement insensibles.

Le 7 janvier. — Persistance de la douleur. Le frôlement de la langue contre la gencive la réveille, comme avant l'ablation du nerf dentaire inférieur. Le gonflement de la joue et de la région parotidienne est très modéré.

Le 8 janvier. — M. S. est très satisfait, parce que depuis hier au soir la douleur a disparu et qu'il a pu passer une bonne nuit. Réunion immédiate de l'incision. Ablation du fil d'argent supérieur.

Le 9 janvier. — Une crise douloureuse à l'occasion de l'ingestion de quelques aliments.

Le 10 janvier. — Calme; état indolore. Ablation du fil d'argent inférieur.

Le 11 janvier. — M. S. est désespéré, parce qu'il recommence à souffrir dans le même point de la gencive. Cependant, depuis l'opération, il n'a plus éprouvé ces grandes crises de névralgie s'irradiant dans toute la moitié droite de la tête. Je suis moi-même fort étonné de la persistance des phénomènes douloureux, et je songe à exciser le point spécialement douloureux de la gencive, moyen qui a réussi contre la névralgie des édentés. Le dernier point de suture est enlevé. La réunion de la plaie opératoire est complète.

Jusqu'au 19 *janvier*, on observe des alternatives de calme et de retour douloureux.

Le 22 janvier. — Le mieux est manifeste. Le malade peut manger sans trop de peine et il peut dormir. Il se plaint d'une gêne pour ouvrir la bouche; mais cet accident tient à l'opération et doit disparaître avec le temps.

Au milieu de février, le malade est revu. Il ne souffre plus; il dit *être dans le paradis;* il peut manger, parler et avaler sans souffrir. La gêne pour ouvrir la mâchoire a diminué, mais persiste encore, et doit disparaître avec le temps.

Il me semble que l'opération après trépanation est plus précise que celle qu'a faite M. Sée, et qu'avec elle on peut être plus sûr de ne toucher que le dentaire sans léser ni le lingual ni les vaisseaux.

M. Gillette. Je préfère le procédé de M. Sée à la trépanation, parce qu'il n'intéresse pas l'os; l'épine de Spix est un bon point de repère; je le préfère encore au procédé par la muqueuse à cause de la difficulté moindre. Je regrette que le degré de traction n'ait pas été mesuré; mon petit élongateur aurait pu être

enployé avec succès. M. Sée croit avoir arraché l'artère dentaire inférieure, mais il n'y a pas eu d'hémorragie, et cet arrachement en a déjà donné, au moins une fois, qui ont nécessité la ligature de la carotide externe.

M. Polaillon. La trépanation du maxillaire inférieur est très simple dans ses suites. Dans mes deux observations, la réunion a eu lieu par première intention. La perte osseuse est insignifiante : elle a au maximum un centimètre de diamètre.

M. Sée. Il est possible que M. Polaillon n'ait pas tiré assez fort. Chez ma malade, l'insensibilité des parties animées par le nerf a été parfaite; voici trois mois écoulés, et j'ai tout lieu de croire que la guérison est définitive. Je pense qu'il n'est pas indifférent de tirer à la fois sur les deux nerfs, mais il eût été difficile de les distinguer au fond de la plaie.

Les procédés sont très nombreux. Le procédé de Warren, choisi par M. Polaillon, a plusieurs inconvénients; d'abord la cicatrice est sur le milieu de la face, ce qui n'est pas indifférent chez la femme; en outre, on coupe un certain nombre de rameaux nerveux de la face, on décolle le masséter, enfin on trépane.

L'incision intra-buccale peut être suivie d'hémorrhagie grave.

Le procédé de bas en haut à partir du bord inférieur de l'os me paraît le meilleur.

M. Polaillon. Cette élongation a dû aller jusqu'à l'arrachement; il faut, en effet, que le nerf ait été détruit pour que la sensibilité ne soit pas revenue.

M. Marc Sée. Je n'ai pas éprouvé la sensation de quelque chose qui se rompt ou se déchire, je ne crois donc pas à l'arrachement.

Présentation de malades.

M. Desprès présente un malade qui a été atteint de plaie par arme à feu grave de la main, guérie en 15 jours.

M. Desprès. — Voici un enfant de 16 ans qui, le 15 do ce mois, a reçu à bout portant dans la main droite un coup de feu; une balle de revolver n° 7 a pénétré obliquement dans la paume de la main, a passé au milieu des tendons, *a traversé l'articulation* métacarpo-phalangienne de l'index et est restée fixée dans l'extrémité su-

périeure de la phalange, d'où je l'ai extraite par une incision et à l'aide d'un élévatoire.

J'ai appliqué le pansement par occlusion de Chassaignac et j'ai ajouté la fixation de la main et des doigts sur une palette digitée. La température n'a pas dépassé 38,5.

Je vais enlever le premier pansement qui est resté en place jusqu'à ce jour.

(Ici, M. Desprès enlève le pansement et découvre les deux plaies réunies par seconde intention; les doigts sont libres, excepté l'index qui présente un peu de raideur.)

Voilà ce que l'on fait avec les vieux pansements; j'attends les résultats des nouveaux pansements pour une blessure semblable.

M. Le Fort présente un malade dont voici l'observation :

Fracture compliquée des deux cuisses. — Pseudarthrose et raccourcissement considérable à droite ; marche relativement facile.

G. F., âgé de 32 ans, entré le 2 mai, salle Saint-Côme. Le malade raconte qu'à l'âge de 4 ans il fit une chute du haut d'un peuplier. Comme il était tombé debout il en résulta une double fracture de cuisse avec issue des fragments supérieurs. Il semble d'après son récit qu'on lui appliqua l'appareil de Scultet. Quoi qu'il en soit il resta alité pendant 6 mois et il ne peut dire autre chose de son traitement, sinon que le médecin qui le soigna fut obligé d'agrandir la plaie à droite, afin d'extraire un séquestre du volume de la pulpe du pouce. Quand il se leva pour la première fois il constata le raccourcissement de la jambe droite. Pendant deux mois il marcha avec des béquilles, puis il put s'en dispenser en prenant la précaution de porter une chaussure à haut talon. La marche, douloureuse tout d'abord, devint ensuite assez facile pour lui permettre de faire facilement 20 à 25 kilomètres par jour.

A l'âge de 16 à 17 ans, sans cause apparente, il survint de la douleur dans l'immense cicatrice de la cuisse gauche. Au bout de quelques jours du pus se créa une issue au dehors. Puis rapidement, 15 jours après la guérison était effectuée, sans que le malade se fût aperçu de la sortie d'une esquille osseuse.

Depuis quelques jours il souffre de la cuisse gauche au niveau de la cicatrice, et il a constaté de la rougeur et du gonflement.

A l'entrée, le membre droit est plus court que le membre gauche, de 13 centimètres environ. On aperçoit au-devant de la cuisse à 5 centimètres de la rotule, une cicatrice profonde, déprimée, adhérente aux parties molles sousjacentes et frottant sur l'extrémité inférieure du fragment supérieur avec un caractère de frottement articulaire. Le

fragment supérieur paraît atrophié à son extrémité inférieure. Il offre une longueur d'environ 15 centimètres et est égal ou à peu près au fragment inférieur.

Ce dernier remonte très haut dessus la cuisse. Son extrémité supérieure est située en arrière et au-dessus, et elle n'est éloignée de l'ischion que de quelques centimètres.

Il reste à dire comment les deux fragments sont articulés ensemble, de façon à ce que la marche soit possible.

Le fragment appuie par son extrémité sur le plan incliné formé par la face antérieure de l'autre fragment qui est un peu oblique en haut en arrière et en dedans. Il semble même qu'au point de contact des deux fragments il existe une dépression creusée sur le fragment inférieur, de façon à ce que le point d'appui soit plus ferme. C'est à quelques centimètres du creux sus-condylien que le fragment supérieur est en contact, prend son point d'appui sur l'autre fragment.

D'autre part les tissus fibreux auxquels la cicatrice adhère sont étendus de l'un à l'autre fragment qu'ils réunissent et retiennent. Aussi, dans la marche, l'extrémité du fragment inférieur est retenue, et par les liens fibreux qui se trouvent en avant et au-dessous, et par le plan incliné formé par le fragment inférieur. Les liens fibreux d'ailleurs ne sont pas serrés et l'on peut par des manœuvres simples faire saillir en avant l'extrémité du fragment inférieur.

L'articulation du genou est rendue presque inutile par la pseudarthrose de la cuisse, et tous les mouvements de la jambe sur la cuisse se passent dans l'articulation anormale. Malgré cela on peut constater que les mouvements provoqués sont intacts dans l'articulation du genou.

Les mouvements de ce membre si modifié sont conservés presque tous ; quand le malade est étendu dans son lit, il peut parfaitement détacher le talon du plan du lit. — La mobilité de la pseudarthrose, est telle que le malade étant couché, la cuisse étendue, on peut plier en avant le membre jusqu'à amener le gros orteil au contact du nez.

La marche est cependant assez facile pour que le malade puisse exécuter 20 à 25 kilomètres par jour. Pendant la marche les deux fragments ne modifient guère leurs rapports réciproques. — Il n'en est pas de même lorsque le malade pose le pied dans la rotation en dehors. Dans ce mouvement l'extrémité du fragment supérieur se porte en avant et en dehors et est facilement sentie.

La *cuisse gauche* est déformée. Elle offre une couronne accentuée à convexité externe, on y voit une cicatrice déprimée située à la partie antéro-interne, et à 12 centimètres environ de la base de la rotule.

Sur une zone large comme la main, il existe une coloration rosée autour et en dedans la cicatrice.

Le fémur à ce niveau est augmenté de volume ; il est fort douloureux surtout en dedans et en arrière.

A l'entrée il n'existe pas de suppuration nette (2 mai).

Le *9 mai*,—on constate l'existence d'une collection purulente. Incision verticale de 3 centimètres à la partie antérieure de la cuisse. Issue

d'un pus abondant, fétide et contenant des débris de tissus sphacélès. Drain, pansement à l'alcool. En quelques jours la suppuration est tarie et le 26 mai le malade sort complètement guéri sans qu'il soit sorti d'esquilles osseuses.

M. Fauvel présente un malade chez lequel il a extrait du larynx une balle dix ans après son entrée dans la tête, et il dépose sur le bureau une brochure imprimée où est relatée l'histoire de ce malade.

La séance est levée à 5 h. 30 m.

Le Secrétaire,

CH. PERIER.

Séance du 7 juin 1882.

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine.—Archives de médecine. — Lyon médical. — Revue médicale de l'Est. — Revue médicale de Toulouse. — Recueil d'ophtalmologie. — Revue médicale. — Bulletin général de thérapeutique. — Revue scientifique.*

3° *Bristish medical. — Gazette de santé militaire de Madrid. — Gazette médicale italienne-lombarde. — Le Practitionner.*

4° M. le Dr Troisfontaines de Liège adresse un numéro des *Annales de la société médico-chirurgicale de Liège,* contenant une observation de rétention d'urine chez une femme en dehors de la cavité vésicale. »

5° Une lettre de M. G. Masson, propriétaire de la *Gazette hebdomadaire*, annonçant à la Société qu'il continuera à lui adresser les numéros de la Gazette que des exigences de service avaient forcé bien à regret la rédaction à supprimer.

Communications.

M. Sée communique l'observation suivante :

Double arthrite fongueuse du genou, guérison par les injections d'iodoforme aidées de la compression élastique.

Une jeune fille de 15 ans, peu développée pour son âge et de constitution délicate, entre à l'hôpital de Rothschild le 8 novembre 1881, pour une lésion grave des deux genoux qui lui rendait la marche extrêmement pénible et presque impossible. Ses antécédents ne présentaient rien de particulier. Réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans et demi, elle n'avait vu revenir le flux menstruel que trois fois depuis cette époque.

Au mois d'août 1881, elle s'était aperçue que la marche lui devenait de plus en plus difficile et fatigante et que ses deux genoux avaient augmenté de volume. Un mois plus tard, le gonflement avait fait de grands progrès; la malade pouvait à peine se traîner dans sa chambre, et des douleurs sourdes et continues, qu'exaspérait la locomotion, la forçaient à une immobilité presque complète.

A son entrée à l'hôpital, on constata que les deux genoux étaient tuméfiés, celui de gauche plus que le droit, par suite de l'effacement des dépressions qui existent à l'état normal, et qu'ils étaient très sensibles à la pression. La peau n'avait pas changé de couleur, et la tuméfaction était due quelque peu à l'empâtement des tissus sous-cutanés, mais surtout à un développement de fongosités dans l'intérieur de la jointure. Celle-ci avait perdu une partie de sa solidité et permettait de petits mouvements de latéralité entre le fémur et les os de la jambe. Il n'existait point de liquide dans la cavité articulaire. Des mouvements d'extension et de flexion pouvaient être imprimés par le chirurgien, mais ils étaient limités et provoquaient de la douleur; ceux que la malade pouvait exécuter elle-même étaient à peine marqués. Quand elle essayait de marcher, elle tenait les genoux absolument raides.

Le 27 novembre 1881, j'injectai, au moyen de la seringue de Pravaz, dans l'articulation du genou gauche, un gramme environ d'une solution saturée d'iodoforme dans l'éther, en choisissant, pour faire la ponction, le côté externe de la rotule. Cette injection provoqua une douleur extrêmement vive, qui persista toute la journée, et une tuméfaction assez marquée, avec rougeur des téguments; le repos et des applications émollientes firent disparaître ces accidents dans l'espace de 4 à 5 jours. Une bande de caout-

chouc, très peu serrée, fut alors enroulée autour de la jointure et la malade condamnée à l'immobilité dans son lit.

Quinze jours plus tard, ayant constaté une amélioration notable du genou gauche, je pratiquai la même opération sur le genou droit; elle fut suivie des mêmes accidents, qui se comportèrent comme à gauche.

Une troisième injection fut faite dix jours après la précédente, dans le genou gauche, et ne provoqua que très peu de réaction. Depuis lors, le traitement local s'est borné à la compression au moyen des bandes de caoutchouc et au repos au lit. Il a été aidé par un traitement général par l'huile de foie de morue, des toniques et un régime substantiel.

Six semaines après le début du traitement la malade a commencé à se lever : les genoux avaient considérablement diminué de volume, mais présentaient encore un peu d'empâtement au pourtour de la rotule ; l'articulation avait gagné en solidité, et les mouvements d'extension et de flexion étaient plus étendus et s'exécutaient sans douleur, ce qui permettait à la malade de marcher sans peine. Grâce à l'usage continu des bandes de caoutchouc, joint à un exercice modéré qu'on répétait tous les jours, l'état anatomique et fonctionnel des genoux n'a cessé de s'améliorer, et aujourd'hui il est devenu à peu près normal, comme plusieurs d'entre vous ont pu le constater quand je vous ai présenté la petite malade.

Réflexions. — Des deux moyens mis en usage chez cette enfant l'iodoforme et la compression élastique, auquel faut-il faire honneur de la guérison? Mon sentiment est que l'un et l'autre y ont contribué, l'iodoforme en déterminant une modification dans la nutrition des tissus qui a préparé la disparition des fongosités, la compression en favorisant la résorption des éléments modifiés. Le premier eût-il suffi à lui seul à procurer la guérison? Je n'oserais me prononcer d'après le seul fait, surtout en considérant qu'une seule injection a été pratiquée dans un des genoux et deux dans l'autre. Cependant les observations de Mosetig et de Mikulicz tendraient à le faire croire. Mais on sait aussi que d'autres auteurs ont obtenu des résultats moins favorables. De nouveaux essais sont donc nécessaires pour fixer définitivement notre opinion.

D'autre part, cette observation nous paraît démontrer que l'arthrite fongueuse peut avoir son point de départ dans la synoviale, contrairement à l'opinion de Volkmann qui veut qu'elle soit toujours précédée d'une altération des os, du moins chez les enfants. Elle concorde avec les faits publiés tout récemment par Bœgehold, dans un mémoire inséré dans les *Archives de Langenbeck* (t. 27, p. 721, 1882).

Discussion.

M. Desprès. J'ai injecté trois fois de la teinture d'iode dans des articulations atteintes d'hydarthrose. Deux fois il s'agissait d'hydarthroses chroniques simples, la guérison a été radicale. Le troisième malade était atteint d'arthrite sèche, il est resté après l'injection dans le même état qu'avant l'intervention, il succomba deux ans après à une affection cardiaque, et on trouva les articulations pleines de pus, sans qu'il ait été possible de déterminer si le pus s'était produit récemment au cours de la dernière maladie. Du reste, l'injection iodée dans les articulations n'est pas chose nouvelle, M. Boinet en a relaté de nombreux exemples.

Mais l'injection dans des tumeurs blanches fongueuses est un fait nouveau, et M. Sée nous présente un malade à l'appui de ce mode d'intervention. J'ai le regret de dire qu'il n'y a là, suivant moi, qu'une simple amélioration, et que le malade est encore porteur d'une synovite chronique de scrofuleux ; au point où il en est, je ferais la compression et je chercherais à obtenir l'ankylose, l'articulation étant alors effacée, s'il survenait de la suppuration, les abcès n'auraient plus que la gravité relativement moindre des abcès purement osseux.

M. Verneuil. Le fait qui nous est présenté par M. Sée soulève deux questions, d'abord une question de procédé thérapeutique. Eh bien, le procédé n'est pas nouveau, M. Le Fort a déjà fait des injections interstitielles dans des fongosités articulaires, et il y a même eu à ce sujet une question de priorité soulevée par M. Duménil de Rouen. Cependant, il faut reconnaître que la méthode des injections interstitielles est très récente relativement à celle des injections intra-articulaires. La deuxième question, c'est la nature des fongosités ; ce serait faire une étrange confusion que de les considérer toutes comme une même chose. On doit en distinguer trois espèces : 1° celles qui se développent dans la synovite rhumatismale chronique ; 2° celles à la suite desquelles on rencontre un grand nombre de granulations tuberculeuses ; 3° enfin celles qui sont symptomatiques d'une lésion osseuse, et qui sont en tout semblables à celles qui entourent un séquestre au milieu d'un os.

Cette distinction a une importance pratique de premier ordre. En effet, lorsqu'il y a des tubercules dissémimінés dans une synoviale, toute thérapeutique locale est presque impuissante, la résection est elle-même insuffisante, on peut réséquer le coude, réséquer le genou, bientôt les fongosités nouvelles apparaîtront

et ne tarderont pas à prendre un développement excessif, il faudra amputer.

Heureusement toutes les fongosités ne sont pas tuberculeuses; dans le rhumatisme, la compression plus ou moins prolongée réussit à les faire disparaître, et jamais on ne doit ni réséquer, ni amputer dans les arthrites fongueuses de cette nature.

Lorsque les fongosités sont symptomatiques d'ostéite, on a dit qu'il fallait enlever non seulement l'os malade mais encore les fongosités en excisant la synoviale. C'est compliquer bien inutilement l'opération, car dès que la lésion osseuse a été enlevée, les fongosités disparaissent d'elles-mêmes ; et je continuerai à suivre la méthode de M. Ollier qui conserve le périoste, et les insertions ligamenteuses et ne se préoccupe pas des fongosités. D'ailleurs, on sait combien sont excellents les résultats de sa pratique. Si j'insiste sur ces faits, c'est que M. Sée me paraît considérer toute fongosité comme étant tuberculeuse, et je voudrais savoir son sentiment en raison de l'importance thérapeutique que j'attache à cette question. Suivant moi, la distinction est d'autant plus nécessaire, je le répète, qu'il faut dans le rhumatisme ne pas intervenir, dans l'ostéite attaquer simultanément la lésion osseuse, dans le tubercule rejeter toute demi-mesure, se résoudre à l'amputation. On m'objectera peut-être que le diagnostic n'est pas facile; c'est possible ; mais c'est là un point qu'il nous faut réserver pour une discussion spéciale, et j'espère la voir prochainement surgir ici même.

M. Lannelongue. Je demande aussi que la question soit mise à l'ordre du jour. Je ne dirai donc que quelques mots. Au point de vue de l'anatomie pathologique, je suis en désaccord avec M. Verneuil ; je ne connais que deux variétés de fongosités : l'une tuberculeuse, dont la caractéristique est le nodule tuberculeux, l'autre la fongosité simple, celle-ci est purement inflammatoire et a pour type le bourgeon charnu, c'est le tissu embryonnaire plus ou moins développé, sans traces de tubercules; si nous quittons le terrain de l'anatomie pathologique, nous pourrons établir des variétés dans les fongosités simples, et, au point de vue étiologique, admettre une forme rhumatismale ; les fongosités y sont rarement très développées. On pourrait établir encore d'autres variétés cliniques ; mais quand se pose la question thérapeutique, on commence toujours par chercher d'où vient la fongosité ; est-elle primitive ? est-elle secondaire ? C'est la réponse qui vous guide dans le choix du traitement qu'il convient d'appliquer. D'ailleurs, je reprendrai la question dans la séance prochaine, et je présenterai à la Société des pièces qui, je l'espère, pourront jeter plus de jour sur ces problèmes complexes.

M. Sée. Je répondrai d'abord à M. Desprès. Les injections iodées n'ont jamais été préconisées dans les tumeurs blanches fongueuses, non plus que d'autres injections irritantes. Il n'y a là rien de commun avec les injections interstitielles.

A M. Verneuil, je dirai que je n'admets que deux groupes de fongosités : les fongosités tuberculeuses et celles qui sont l'extension d'une inflammation osseuse ; je ne vais pas aussi loin que Volkmann qui admettait que toutes les fongosités d'origine osseuse proviennent d'ostéites tuberculeuses. Mais je ne crois pas non plus que les fongosités prennent jamais une extension pareille dans l'arthrite rhumatismale chronique. Dans cette dernière, le début est accompagné de douleurs qui font défaut dans l'arthrite tuberculeuse. L'évolution de celle-ci est insidieuse et son début remarquable par l'indolence des parties malades. La distinction clinique est donc facile, c'est pourquoi je crois pouvoir affirmer que chez mon malade, il s'agissait bien d'une arthrite tuberculeuse. M. Verneuil déclare la thérapeutique impuissante ; je crois, au contraire, que l'iodoforme a donné des succès et qu'on doit toujours y avoir recours avant de songer à amputer. Quant à M. Lannelongue, je n'ai rien à lui objecter, sa manière de voir se rapproche beaucoup de la mienne.

M. le secrétaire général donne lecture d'un travail adressé à la Société par M. Daniel Mollière, membre correspondant, et intitulé :

De l'extirpation préventive des fongosités périarticulaires,

par Daniel Mollière, chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Lorsque l'on étudie minutieusement les antécédents des malades qui entrent dans nos services hospitaliers porteurs d'arthrites fongueuses graves, on peut se convaincre que la lésion n'a pas toujours pris naissance dans la cavité articulaire elle-même.

En effet, quand les fongosités se développent primitivement dans une jointure, les douleurs sont tout d'abord sourdes et de médiocre intensité. Ce n'est que tardivement et seulement quand les cartilages commencent à s'ulcérer, quand les ligaments distendus ne limitent plus les mouvements anormaux, que les malades se plaignent d'éprouver de vives douleurs, qu'il y a fièvre et réaction générale. Au contraire, dans les cas auxquels nous voulons faire allusion, les fongosités n'envahissent que secondairement les jointures. Elles naissent soit dans les gaines tendineuses voisines, soit

dans les bourses muqueuses accidentelles qui se développent si souvent autour des articulations. Elles érodent la capsule articulaire. Elles ouvrent donc des synoviales saines encore, y déversant leurs produits essentiellement septiques. On observe alors des phénomènes aigus : gonflement rapide de la jointure, douleur intense, rougeur de la peau, suppuration abondante. Ce sont en un mot tous les symptômes qui accompagnent d'ordinaire les plaies pénétrantes des articulations saines. Aussi, peut-on dire que les tumeurs blanches qui débutent par la périphérie sont de beaucoup les plus dangereuses.

En présence de cette évolution fatale, et après avoir assisté à l'envahissement des articulations, malgré un traitement méthodique par les révulsifs et l'immobilisation, je me suis demandé si l'on ne pourrait pas tenter en pareil cas une *opération préventive*. C'est ce qui m'a amené à créer une méthode nouvelle, *l'extirpation préventive des fongosités périarticulaires*. Voici dans quelles conditions j'ai pour la première fois pratiqué cette nouvelle opération dont le résultat a pleinement répondu à mon attente :

On apporta, le 10 novembre 1881, dans mon service à l'Hôtel-Dieu de Lyon, une jeune fille bien portante, du reste, Marie A., âgée de 25 ans. Depuis huit mois environ, elle avait vu se produire au-devant et au-dessous de sa malléole externe une tumeur qui tout d'abord indolente était devenue depuis quelques mois le siège de souffrances assez vives avant et après la marche. — Croyant à une lésion d'origine traumatique, la malheureuse s'adressa à un empirique qui lui fit subir des manœuvres, d'où aggravation rapide.— Quand la jeune patiente fut soumise à mon examen, la tumeur était fluctuante (fluctuation neigeuse), douloureuse; du volume d'une noix, mal limitée du côté des parties profondes. La peau, rouge déjà, adhérait en plusieurs points à la tumeur. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne étaient libres, mais la marche douloureuse. Rien du côté des ganglions inguinaux. Rien à noter du côté des ascendants de la malade au point de vue diathésique. Jusqu'au 10 janvier, la malade fut soumise à un traitement classique par l'immobilité, la sudation, la compression, en même temps que l'on administrait à l'intérieur des toniques. Le traitement n'ayant amené aucun résultat et voyant au contraire la tumeur augmenter de volume, je pratiquai l'opération suivante :

1° La malade ayant été éthérisée, le membre fut ischémié à l'aide de la bande d'Esmarch; 2° Une incision cruciale fut pratiquée sur la tumeur, comprenant seulement la peau. Cette incision permit de 3° disséquer la poche fongueuse comme s'il se fût agi d'une tumeur solide. Cette poche fut isolée des parties profondes. Mais elle dépendait de la *gaine des péroniers latéraux* qui fut largement ou-

verte. Il fallut également ouvrir les articulations *tibio-tarsiennes* et *calcanéo-astragalienne* pour enlever toutes les fongosités. Puis je dus fouiller dans le sinus du tarse au-dessous et au niveau des insertions du muscle pédieux.

Cette opération fut pratiquée à l'aide du bistouri, et l'extirpation des fongosités fut faite aussi largement et aussi minutieusement que s'il se fût agi d'une tumeur maligne. La tumeur présentait à son centre un foyer caséeux ramolli, très volumineux.

L'opération terminée, la plaie fut réunie à l'aide d'une suture métallique. Un petit drain fut introduit dans l'angle inférieur de l'incision. Le membre fut immobilisé à l'aide d'un appareil plâtré fenêtré. Le tout fut enveloppé dans un pansement antiseptique. Il va sans dire que l'opération fut pratiquée sous le nuage phéniqué et avec toutes les précautions indiquées par la méthode antiseptique.

Le lendemain de l'opération, la température qui était les jours précédents de 38°,2, tomba brusquement au-dessous de ce chiffre pour ne plus l'atteindre jusqu'à la fin de la cure. Le drain fut enlevé le troisième jour. Il n'y avait pas de pus. Le second pansement ne fut enlevé que le dixième jour. On avait obtenu la réunion immédiate.

Quand vers la fin de mars, la malade quitta l'hôpital, il y avait environ quinze jours que tout appareil avait été définitivement enlevé. — Tous les mouvements étaient conservés. Il n'y avait pas la moindre raideur articulaire. La cicatrice était souple et solide, la marche, libre, normale. — La guérison était donc absolument parfaite.

En présence de ce fait, je crois donc pouvoir proposer mon opération, comme susceptible de prévenir le développement des tumeurs blanches d'origine périarticulaire.

L'extirpation périphérique préventive peut donc être tentée, même quand elle nécessite l'ouverture d'une grande articulation. Elle permet de conserver avec intégrité absolue de leurs fonctions des membres et des jointures voués jusqu'à ce jour à l'ankylose ou à l'amputation.

J'ai depuis quelques semaines pratiqué plusieurs autres opérations de ce genre dont les résultats immédiats ont pleinement répondu à mon attente, mais ces faits ne sont point encore assez anciens, ces guérisons ne sont point encore éprouvées, pour être publiées comme définitivement acquises.

M. Desprès. Je ne comprends pas que M. le Dr Mollière ait pu faire l'opération qu'il décrit à l'aide de la simple incision cruciale qu'il a pratiquée au niveau de la face externe de l'articulation et je crains qu'il n'ait été victime d'une illusion.

M. Trélat. Nous ne pouvons pas admettre qu'il y ait là application d'une méthode nouvelle. M. Mollière n'a pas fait autre chose que ce que préconisait Bidart dans sa thèse sur la synovite fongueuse, il y a vingt ans déjà.

M. Championnière. Je pense que plusieurs de nos collègues ont été comme moi surpris d'entendre l'auteur du mémoire présenter l'opération qu'il a faite comme nouvelle. Il y a déjà longtemps que l'on préconise et que l'on exécute l'excision et le curage des fongosités des synoviales tendineuses. L'extirpation et le curage des synoviales articulaires ont été pratiqués antiseptiquement depuis plusieurs années dans les tumeurs blanches au début, et substitués à la résection par plusieurs chirurgiens. En quoi donc l'opération qui nous est décrite serait-elle nouvelle?

Je crois qu'on a raison d'enlever les fongosités et de ne pas craindre pour cela de pénétrer dans une articulation; mais tous ceux qui font de la chirurgie antiseptique admettent cela. Je n'ai pas eu l'occasion de le faire pour l'articulation tibio-tarsienne, mais je l'ai fait pour de petites articulations du pied, de la main et même pour le coude. L'opération n'est pas difficile, on la fait sans accidents redoutables.

En faisant cette observation, je ne réclame rien pour moi, car je n'ai fait en cela qu'imiter la pratique des autres. Mais comme j'estime que cette pratique est très répandue, presque banale, j'ai pensé que nous ne pouvions pas laisser intituler un cas particulier de son application *opération nouvelle*.

M. Verneuil. Cette question se rattache intimement à celle que soulevait M. Sée, et je me réserve de demander la parole dans la séance prochaine pour les discuter ensemble.

Présentation de malade.

Valeur de la colotomie lombaire dans le cancer du rectum.

M. Trélat. Messieurs, je vous présente de nouveau une malade que j'avais amenée devant la Société dans la séance du 28 décembre. Elle venait de subir une opération de colotomie lombaire pour remédier aux accidents occasionnés par un volumineux épithelioma du rectum absolument inopérable. Il y a 6 mois déjà, et depuis ce temps j'ai vu un certain nombre de cancers du rectum, mais je veux seulement vous en citer deux dont la comparaison avec celui-ci me paraît grandement instructive. L'un des

deux malades avait un épithelioma parfaitement limité, facilement opérable, n'ayant pas encore été reconnu par lui; mais ce malade mis au courant de la gravité de sa situation et la comprenant parfaitement, se soumit volontiers à une opération précoce. L'extirpation fut complète et l'opération des plus correctes; au bout de 2 mois la guérison paraissait définitive, lorsque 5 semaines après, une récidive nécessita une nouvelle intervention, suivie bientôt d'une troisième récidive. Voilà donc un malade qui depuis sa première opération n'a pas cessé d'être entre les mains du chirurgien l'objet de soins assidus, et il a été opéré à huit jours près (novembre 1881) en même temps que la malade que je vous présente.

L'autre opérée, avait une tumeur annulaire nettement circonscrite, je fis une opération étendue, aussi haut que possible, et j'avais la conviction d'avoir cette fois encore fait une opération correcte, sans nulle lésion du péritoine, mais malgré tous nos soins la malade succomba à une cellulite pelvienne au bout de 9 jours. Voilà deux exemples d'intervention; eh bien, vous allez voir une malade, celle que je vous ai déjà présentée. Elle a dans le rectum une tumeur qui excède le volume du poing; le 2 décembre dernier je lui ai pratiqué la colotomie lombaire. Aujourd'hui elle est en parfait état, en bonne santé apparente, d'un embonpoint moyen, elle n'a pas l'aspect d'une cancéreuse. Elle n'a aucun pansement sur son anus artificiel; tous les matins elle se penche au-dessus d'un vase et fait une garde-robe, elle sait se donner des lavements par ce nouvel orifice, vers le bout supérieur comme vers le bout inférieur, elle se lave aussi l'extrémité inférieure du rectum, c'est à cela qu'elle borne ses soins et la vie lui est très facile. Ce fait pèse dans mon esprit d'un poids considérable et quand je vois l'échec d'opérations dites radicales régulièrement conduites je me sens disposé en faveur de l'opération palliative qui donne le beau résultat que vous pouvez apprécier.

M. Desprès. A l'occasion de la première présentation de cette malade, j'avais parlé d'un homme qui souffrait d'obstruction par un cancer et chez lequel j'avais rétabli la voie avec le doigt, je profite de cette occasion pour dire que cet homme va encore bien en ce moment et n'a plus d'occlusions intestinales.

M. Sée. M. Trélat veut-il dire qu'on doit abandonner l'opération dans tous les cas et pratiquer la colotomie? J'ai obtenu de bons résultats de l'opération, et j'ai été frappé de la façon admirable dont les opérés guérissent quand le mal est attaquable; j'en ai vu qui sont restés guéris pendant un temps assez long, un an environ, et je serais tenté d'expliquer la récidive, si rapide chez l'opéré de M. Trélat par la nature de la tumeur qui serait peut-être

du cancer véritable et non de l'épithélioma. Le but de colotomie est de remédier à l'impossibilité du passage des matières et je ne crois pas qu'on songe à la pratiquer tant que les matières passent.

M. Trélat. La question étant considérable, j'avais cru devoir être bref, je crains d'avoir été insuffisant. D'abord, je contesterai formellement la proposition émise par M. Sée que « les malades auxquels on extirpe le rectum guérissent comme par enchantement » ; elle n'est pas exacte, et il suffit de parcourir les observations publiées pour s'en convaincre, et je renvoie M. Sée au travail de M. Bouilly sur la cellulite pelvienne à la suite des opérations sur le rectum.

Depuis deux ans, j'ai vu 16 cas de cancer du rectum, et j'ai fait tout ce qui me paraissait indiqué : abstention, rectotomie linéaire, extirpation ; j'ai eu des résultats variables, souvent bons, la vie a été prolongée de quelques mois ou même d'une année. Mais je ne ferai plus une extirpation étendue comme celle que j'ai faite récemment, à cause du danger de la cellulite ; et quant à la récidive rapide, elle n'est pas explicable par la nature histologique du cancer, car mon opéré, à la récidive, avait un épithélioma dûment constaté par l'examen microscopique.

Nos voisins d'Outre-Manche rejettent bien loin l'idée d'extirpation et la considèrent comme un moyen barbare ; je concède que ce soit excessif, mais il faut bien admettre qu'ils ont quelque raison pour émettre une telle opinion. M. Sée dit que l'on ne fera pas la colotomie tant qu'il n'y aura pas obstacle au cours des matières ; j'ai vu des malades qui avaient des épithéliomas sans rétrécissement de l'anus ou du rectum ; je n'ai fait aucune opération, mais cette femme avait des troubles extrêmes, des douleurs d'expulsion comme pour accoucher, et l'on ne peut pas ne pas être frappé du degré d'amélioration obtenu ; la cessation de l'irritation des parties malades par le contact des matières suffit peut-être à expliquer cette amélioration.

M. Sée. Nous sommes d'accord, M. Trélat et moi, et lorsque j'ai parlé de la guérison, j'ai dit qu'il était étonnant de voir guérir aussi bien de mutilations semblables ; aussi serais-je porté à incriminer le défaut des soins consécutifs, si M. Trélat ne nous avait pas dit que chez sa malade à la cellulite ces soins n'avaient rien laissé à désirer.

M. Marchand. Je dois rappeler qu'en Angleterre on pratique la colotomie pour éviter l'irritation de la tumeur par les matières et en retarder l'évolution.

M. Félizet communique une deuxième note relative à l'histoire

des localisations cérébrales et de la trépanation. Son travail est renvoyé à la commission déjà nommée.

La séance est levée à 5 h. 1/4.

Le secrétaire,

Ch. Perier.

Séance du 14 juin 1882.

Présidence de M. Labbé.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Journal de médecine et de chirurgie. — — Lyon médical. — Marseille médical. — Alger médical. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — Bulletin médical du Nord. — Journal de Gubler. — Annales de la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire. — Le Praticien.*

3° *British medical.*

4° *Du sarcome,* par M. Heurtaux, de Nantes (extrait du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*).

5° *De la réunion par première intention,* par M. le Dr Cauvy (Mémoire couronné par la Société de chirurgie, 1882).

6° *De l'ablation des polypes muqueux des fosses nasales avec le serre-nœud de Zaufal,* par le Dr Noquet, de Lille.

7° Un mémoire de M. Decès, de Reims, membre correspondant, intitulé : *de la suture médiate.* (Lecture en sera donnée dans une prochaine séance).

A propos du procès-verbal.

M. Le Fort. Dans la dernière séance, M. Verneuil a rappelé que j'avais déjà pratiqué des injections interstitielles dans les articulations.

En effet, j'ai présenté à la Société, il y a trois ans (séance du 6 août 1879), un malade guéri d'une arthrite fongueuse par des injections d'une solution alcoolique de sulfate de zinc, en différents points de l'articulation.

Les injections avaient été faites dans les fongosités elles-mêmes et non dans la cavité articulaire. Le m'étais proposé de faire la résection du genou, mais les fongosités disparurent et le malade recouvra l'usage du membre sans autre intervention.

Rapport

Sur trois observations adressées par le Dr Martel, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo,

par M. Polaillon.

M. le Dr Martel a adressé à la Société trois observations sur des sujets divers qui offrent un véritable intérêt, l'une au point de vue de l'influence du traumatisme sur le développement de la folie, les deux autres au point de vue de l'anatomie pathologique.

I. — *Gangrène traumatique de la main ; accès de manie intercurrente.*

A la suite d'une piqûre du petit doigt gauche avec une épine, une fille de 29 ans est atteinte de phlegmon diffus de la main et de la partie inférieure de l'avant-bras. Le petit doigt et le bord interne de la main se mortifient. M. Martel fit de larges incisions sur la face dorsale de cet organe et appliqua un pansement humide largement phéniqué. Le soir de l'opération, la malade est prise, sans qu'elle eût de la fièvre, d'un délire bruyant. Les jours suivants, tandis que la maladie chirurgicale suit une marche régulière et très satisfaisante, l'état mental va en s'aggravant. L'agitation se manifeste d'abord pendant la nuit, les journées étant relativement calmes. L'insomnie est complète ; le bavardage et les cris sont incessants. Tantôt la malade prie à haute voix, tantôt elle interpelle ses compagnes de salle de la manière la plus désagréable et d'autant moins justifiée qu'elle ne les connaît en aucune façon. Bientôt le délire existe aussi pendant le jour, et prend la forme du délire des persécutions.

Cet accès de manie dura environ vingt jours et céda sous l'influence du chloral à haute dose.

Au bout d'un mois et demi, la malade quitta l'hôpital, redevenue comme autrefois, une pauvre fille de campagne illettrée, insouciante, d'une intelligence bornée, mais saine. Sa main était guérie.

M. Martel avait dû reséquer la partie inférieure du cinquième métacarpien et enlever le doigt correspondant.

Justement frappé de ce trouble intellectuel qui était survenu sans fièvre, sans alcoolisme, à l'occasion d'un traumatisme chirurgical, notre confrère rechercha avec soin les antécédents héréditaires de sa malade. Il trouva que sa mère avait été folle et était morte folle; qu'elle-même, sans avoir présenté jusqu'à son accident des troubles intellectuels ou nerveux, était d'un caractère bizarre et entêté.

Quand on voit, comme M. Verneuil l'a démontré et comme nous l'avons vu nous-même, le traumatisme accidentel ou chirurgical produire une glycosurie qui n'existait plus, ou faire revivre une fièvre intermittente éteinte depuis de nombreuses années, on est fort disposé à admettre que le traumatisme peut hâter et même provoquer l'explosion d'un délire maniaque chez une personne prédisposée à la folie par l'existence de cette maladie chez ses ascendants. Cette opinion est émise par M. Martel, et le fait qu'il nous communique semble en donner uno démonstration péremptoire.

II. — La deuxième observation a trait à une *rupture de la vésicule biliaire.*

Un marin, âgé de 33 ans, étant en état d'ivresso, tomba de 9 mètres environ, à plat ventre, dans la vase du port de Saint-Malo. Il n'existe aucune fracture, aucune plaie . On n'observe que de la stupeur, de la pâleur de la face, du refroidissement, un pouls petit, fréquent et irrégulier. Le ventre, souple à la palpation, présente seulement un endolorissement léger vers la partie gauche de l'hypogastre. Les urines ne contiennent pas de sang. Une péritonite se déclare, et, malgré le traitement bien conduit par M. Martel, le malade succombe 5 jours après l'accident.

A l'autopsie, on trouva la vésicule biliaire affaissée et présentant à la face inférieure de sa grosse extrémité une déchirure rectiligne de 22 millimètres de longueur. Le péritoine et la paroi propre sont rompus au même niveau. Large ecchymose entre la vésicule et le foie qui est intact. Le péritoino contient une grande quantité de liquide séreux, jaune, limpide dans les parties supérieures, trouble dans le fond de l'excavation du bassin. Notons que ce liquide ne contient pas de calculs biliaires. Ecchymose dans le tissu cellulaire qui entoure la vessie.

Cette observation présente un exemple assez rare de rupture de la vésicule biliaire sans lésion du foie. Il est à remarquer que la péritonite consécutive a présenté une marche indolente et moins rapide qu'à la suite des épanchements de matières fécales ou d'urine. M. Martel appelle l'attention sur ce fait; son observation vient, en effet, à l'appui de l'opinion déjà ancienne qui accorde une

innocuité relative à l'invasion de la bile dans le péritoine. Il y a même des cas, qui paraissent authentiques, où la rupture s'est guérie spontanément, bien qu'il y ait eu un épanchement de bile dans le péritoine.

III. — La troisième observation nous fait connaître une variété inconnue, ou au moins très rare du *cancer du sein*. C'est un épithélioma de la paroi d'un conduit galactophore, qui, au lieu d'envahir les tissus voisins, s'est porté vers la cavité de ce conduit, de manière à la dilater et à s'en former une enveloppe. L'examen microscopique fait par notre collègue et ami, le professeur Cornil, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé développé dans les canaux galactophores.

Je propose à la Société de publier cette dernière observation dans nos bulletins, de déposer les deux autres observations dans nos archives et d'adresser des remerciements à M. le Dr Martel.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Épithélioma et polype des canaux galactophores,

par M. le Dr Martel, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo.

Femme de 48 ans, pâle et maigre, épuisée par la fatigue et les privations. Elle affirme ne pas avoir l'habitude de l'eau-de-vie, si fréquente chez ses pareilles. Elle habite Cancale, et joint aux occupations ordinaires des femmes de la campagne le travail pénible de la pêche (à pied).

Elle est encore réglée. A son premier enfant, elle eut un abcès du sein gauche ; mais elle a nourri les sept autres, dont le plus jeune a sept ans. Pendant tous ces allaitements, elle souffrit pendant plusieurs mois de gerçures des mamelons qui, même, dit-elle, sont tombés et ont été refaits par la succion. Depuis ce temps, elle a toujours été sujette à des élancements douloureux dans les seins, revenant par intervalles (surtout dans les gros temps).

Il n'y a aucun antécédent diathésique connu. Sa mère est morte à 60 ans d'apoplexie foudroyante, et son père à 76 ans, d'un catarrhe. Ne connaît aucun parent mort de maladie du sein, de l'estomac ou du ventre.

Il y a quinze mois environ, elle s'est aperçue fortuitement d'un suintement rougeâtre par le mamelon gauche. Il y a six mois, à la suite d'un coup, elle s'est aperçue que le sein devenait plus gros, ce qui l'a effrayée, bien qu'elle n'ait éprouvé aucune aggravation de ses douleurs habituelles.

Les seins sont petits et flasques; le droit parfaitement normal. Le gauche un peu plus gros peut-être; le mamelon de ce côté présente

un volume plus que double de son congénère ; il est augmenté à la fois en longueur et en épaisseur. Sa surface est saine d'une coloration jaune rosée, un peu plus marquée qu'à droite.

Sa forme est cylindrique, le bout aplati, blanchâtre comme le tissu d'une vieille cicatrice ; les orifices paraissent oblitérés, sauf un seul, situé à peu près au centre, qui est notablement élargi, et d'où suinte spontanément un liquide séro-sanguin un peu visqueux, qui tache et empèse le linge. La pression accélère cet écoulement, et permet de constater que la consistance de l'organe est souple et élastique, mais d'une fermeté notablement plus grande qu'à l'état normal. Il ne change pas de volume quand on le touche.

Sa base se confond insensiblement avec une induration très circonscrite, de forme nummulaire, à peine plus large que son propre diamètre, et occupant la partie centrale et superficielle de la glande mammaire, qui est très petite et constituée par quelques tractus fibroïdes lobulés; glande et induration sont perçues par la pression latérale; en palpant d'avant en arrière, elles sont masquées par le mamelon et on ne trouve plus rien sous la main qui comprime.

Pas d'engorgement ganglionnaire appréciable dans l'aisselle.

En résumé : hypertrophie du mamelon, petite induration à sa base, et suintement sero-sanguin abondant par un de ses orifices.

En l'absence de tumeur proprement dite de la glande mammaire, malgré l'ancienneté des premiers symptômes, je conclus à l'existence d'une lésion primitive des canaux galactophores. L'âge de la malade, la persistance et la coloration rouge du suintement, l'existence d'un engorgement si minime qu'il fut, me firent admettre la nature cancéreuse de cette lésion, et par exclusion, je portai le diagnostic d'épithélioma des canaux galactophores. Je crus donc devoir me rendre au désir de la malade et lui accorder le bénéfice d'une opération, inoffensive d'ailleurs si, contre mes prévisions, la maladie était simplement inflammatoire.

Elle fut pratiquée le 24 avril (à l'Hôtel-Dieu). L'anesthésie par le chloroforme offrit un peu de lenteur et quelques phénomènes légers d'excitation qui *sentaient* l'alcoolisme. Le mamelon fut cerné, largement, par deux incisions courbes qui me permirent d'enlever complètement la glande, ce qui, vu son petit volume, ne causa pas une grande perte de substance. Mais je constatai que l'induration, superficielle en apparence, confinait à l'aponévrose qui me sembla altérée ; je saisis avec un ténaculum toute la partie suspecte et le muscle sous-jacent, très mince, qui fut enlevé dans toute son épaisseur, laissant à nu l'union d'une côte et de son cartilage.

Je crus devoir prolonger mon incision vers l'aisselle, que je fouillai avec soin et très facilement, vu la maigreur du sujet. J'y trouvai un seul ganglion altéré, très petit mais très dur, qui est enlevé avec les tissus ambiants. Je n'ai pu le retrouver après l'opération.

Quelques artérioles furent tordues ou liées au catgut, la plaie lavée à l'eau phéniquée, puis desséchée par l'alcool pur ; j'y plaçai un drain, et réunis les bords par deux sutures, l'une métallique, enchevillée,

profonde, l'autre entortillée, superficielle; j'appliquai enfin un pansement phéniqué, selon les règles listériennes, autant que me le permirent les ressources limitées dont je disposais.

Dès le premier jour, il survint de la fièvre, prélude d'un érysipèle ambulant, à peine visible, sur les bords de la plaie qui fut bientôt dégagée. Mais la réunion obtenue dans toute la longueur pour les tissus profonds, se détruisit progressivement, par résorption, dans la moitié inféro-interne.

Actuellement (9 mai), il y a encore un peu de fièvre, avec de l'abattement et manque d'appétit, bien que la malade dise se trouver bien et ne plus souffrir. L'érysipèle après avoir parcouru les deux bras, une partie du dos et de la poitrine, n'est plus représenté que par une petite plaque, avec gonflement et phlyctènes sur l'épaule droite ; la plaie fournit un peu de pus louable, mais elle paraît stationnaire.

Examen de la pièce. — La partie enlevée est constituée par les vestiges de la glande mammaire avec le mamelon entouré d'une certaine étendue de peau.

La face profonde présente une induration arrondie, qui répond à la base du mamelon, et se perd sur les côtés dans le tissu fibroïde peu abondant qui constitue la glande et ne paraît pas envahi.

En incisant cette induration et après avoir traversé une petite masse compacte, d'un blanc jaunâtre, je pénètre dans une cavité de la grandeur et de la forme d'un noyau de cerise, remplie par un caillot vaguement stratifié, qui lui donne une certaine ressemblance avec un corps jaune de la grossesse. La moitié antérieure de ce petit kyste, celle qui confine au mamelon, présente une paroi fibreuse, à surface interne, lisse, polie, grisâtre, tachée de rouge (par imbibition ?) et sans adhérence avec le caillot.

Vers la partie profonde, au contraire, la paroi est constituée par le petit noyau induré qui fait dans la cavité une saillie dont la surface, rougeâtre, ramollie, est intimement confondue avec le caillot. C'est donc une ulcération par ramollissement, qui s'est faite dans la cavité close. Celle-ci ne peut être autre chose qu'une dilatation après oblitération d'un gros canal galactophore.

Un autre petit noyau, miliaire, dur, se voit au côté interne du premier, et atteste sa tendance à l'envahissement.

Un stylet, introduit dans l'orifice du mamelon, pénètre assez profondément (12 à 15 millimètres) dans une cavité qui semble assez large. Il reste séparé par une cloison mince mais complète de la petite cavité profonde, qui est, comme je l'ai dit, absolument close.

Une incision pratiquée dans la direction de la face supérieure du mamelon met à découvert cette cavité centrale, qui est remplie, ou peu s'en faut, par une tumeur grisâtre, molle, pyriforme, à surface arrondie et lisse en apparence, mais qui se développe en lobules aplatis, divisés par des scissures plus ou moins profondes. Cette petite tumeur est fixée au fond de la partie la plus reculée par un pédicule assez étroit. Elle a environ 12 millimètres de longueur, 8 à 9 dans sa plus grande largeur; le pédicule est large de 3 à 4 millim.

D'après les antécédents et le résultat de l'examen anatomique, on peut admettre que la succession des phénomènes pathologiques a été la suivante.

Inflammation des canaux galactophores à la suite des gerçures du mamelon, oblitération du plus grand nombre d'entre eux à la surface même, et atrophie générale de la glande, au moment de la cessation des fonctions génitales ; et dans le seul qui soit resté perméable, oblitération dans la profondeur; par suite de l'altération des parois, apparition à l'âge habituel pour ces maladies, d'un néoplasme, au-dessous et au-dessus de l'oblitération.

La lésion s'est sans doute développée dans la paroi même d'un gros canalicule, ce qui est exceptionnel; au lieu de constituer une tumeur plus ou moins volumineuse par envahissement des tissus voisins, elle s'est portée vers la cavité du conduit glandulaire dilatée par cet accroissement, et a évolué sur place d'une manière toute spéciale, très différente au moins de ce qui se passe habituellement dans le cancer de cette région.

L'un des noyaux est arrivé ainsi jusqu'à la période de ramollissement et d'ulcération, jusqu'à l'envahissement des ganglions axillaires.

Examen microscopique par M. Cornil.

La petite tumeur siège au milieu du mamelon, dans une dépression du mamelon, comme un gros clitoris qui serait entouré de son capuchon. Dans le tissu cellulo-adipeux situé au-dessous de ce polype, on trouve aussi quelques lobules de tissu qui paraissent appartenir au même néoplasme.

La tumeur saillante du côté du mamelon est composée par des tubes, les uns tapissés par des cellules épithéliales cylindriques disposées en palissade, avec des noyaux ovoïdes allongés situés exactement sur le même plan les uns que les autres, laissant une lumière à leur centre, lumière souvent remplie de granulations graisseuses libres ou de cellules granuleuses et rondes; les autres contenant des cellules moins longues, mais appartenant aussi au type des cellules cylindriques. La lumière de ces dernières est quelquefois visible, d'autres fois elle est pleine. La paroi des tubes ne présente nullement l'apparence homogène et la membrane hyaline des tubes et culs-de-sac normaux. Il n'y a nullement, du reste, de culs-de-sac dans toute cette néoformation bourgeonnante en forme de polype, mais seulement des tubes et cylindres épithéliaux, pleins, très rapprochés les uns des autres, séparés seulement par du tissu fibreux en petite quantité. Ces cylindres s'anastomosent et sont généralement assez longs.

Les plus gros tubes présentent souvent des villosités bourgeonnantes dans leur intérieur, et ces villosités sont tapissées de cellules épithéliales cylindriques.

La surface libre de la petite tumeur pédiculée est constituée aussi par des bourgeons assez volumineux qui présentent dans leur masse

des cylindres épithéliaux petits et anastomosés et à leur surface des cellules cylindriques assez longues.

Le tissu du mamelon qui forme le rebord de la cavité dans laquelle la tumeur fait saillie, est normal. Il est, en effet, constitué par du tissu fibreux, des faisceaux musculaires lisses et des papilles, sans qu'il y ait d'infiltration cellulaire entre les faisceaux fibreux et musculaires. Le corps muqueux de Malpighi au niveau des papilles est fortement pigmenté.

La portion très petite du néoplasme sous-cutané que j'ai examinée est constituée sur le même type, par des cylindres épithéliaux et des traînées épithéliales. Celles-ci souvent très minces, sont formées par une ou deux rangées de cellules cubiques possédant des noyaux ovoïdes. Ces traînées épithéliales très rapprochées les unes des autres et n'offrant nullement le caractère des tubes ou culs-de-sac glandulaires, car elles n'ont pas de membrane hyaline, sont séparées par du tissu conjonctif possédant un assez grand nombre de cellules plates ou embryonnaires.

Le diagnostic anatomique qui résulte de cet examen est celui d'épithélioma à cellules cylindriques, bien que la tumeur présente par places le type de l'épithélioma tubulé. Elle s'est développée vraisemblablement dans les canaux galactophores.

Tuberculose primitive de l'iris et du corps vitré,

par F. Poncet (de Cluny).

La Société de chirurgie a reçu déjà quelques communications se rapportant à la tuberculose primitive de l'iris : une des plus importantes est celle qui a donné lieu, en 1879, à une remarquable discussion sur le rapport de M. Th. Anger. Mais ces faits sont restés incomplets par l'absence de toute étude histologique ultérieure. Cette lacune est grave ; car il est bien rare qu'une lésion de ce genre n'entraîne pas avec elle des troubles, des altérations dans les autres parties de l'organe, détails que l'examen à l'œil nu ne saurait poursuivre. J'essaierai aujourd'hui de remplir ce *desideratum*, à propos d'une pièce anatomique qui m'a été adressée par M. le Dr Mengin, de Caen.

Voici le résumé clinique de ce cas :

Émile M..., âgé de 16 ans, valet de ferme, petit de taille, de constitution délicate, n'ayant cependant jamais été malade, est vu pour la première fois le 16 janvier 1882. Il est d'une famille nombreuse, ses cinq frères sont d'une santé robuste. Son père a 64 ans. Malgré l'apparence débile du malade, il est impossible de rencontrer sur lui les

traces d'aucune diathèse; il n'existe pas d'adénite cervicale; l'examen minutieux du poumon ne révèle rien. Toute idée de syphilis est à rejeter.

Le mal a débuté depuis deux mois (novembre 81), par de la rougeur et du larmoiement et la vision fut rapidement abolie; cependant ce jeune garçon put continuer son travail: le globe oculaire lui-même n'était pas très douloureux.

A l'examen du 16 janvier, il existe une injection perikératique violente, la cornée est saine, la chambre antérieure remplie par une tumeur gris jaunâtre, formée de deux lobes accolés et séparés par une ligne verticale.

Un riche lacis vasculaire est visible à la superficie de ce néoplasme. Au côté interne, vers la région ciliaire, existent deux petites bosselures qui soulèvent la conjonctive.

La tension du globe est normale; il n'existe pas de douleurs profondes, mais toute sensation lumineuse fait défaut de ce côté.

L'œil gauche est sain.

Le diagnostic porté par M. Mengin fut: scrophulide tuberculeuse de l'iris.

L'enucléation proposée et acceptée fut pratiquée par M. Mengin le 18 janvier; la guérison eut lieu rapidement, et le 7 février le malade aurait pu déjà recevoir un œil artificiel.

A la date du 14 mai, ce jeune homme a repris ses travaux des champs, la santé générale est bonne, et la cicatrisation oculaire parfaite.

Le globe oculaire enucléé, placé dans l'alcool, me fut adressé le jour même; l'étude en fut entreprise immédiatement, et c'est à cause de l'intérêt offert par les préparations que j'ai songé à vous en communiquer les résultats:

Le bulbe est d'apparence et de grandeur normales. Une section verticale équatoriale ayant été pratiquée nous aurons à examiner deux parties, le *segment antérieur* (cornéen), le *segment postérieur* (papillaire).

Segment antérieur.

Les coupes pratiquées perpendiculairement ont démontré que toute la chambre antérieure, de la membrane de Descemet jusqu'à la cristalloïde antérieure, était remplie par une masse de nouvelle formation. Le sinus irido-cornéen, dans toute sa circonférence est comblé par le néolpasme. Celui-ci paraît bilobé et les deux lobes, se réunissant à peu près au milieu de la cornée, laissent en avant une petite rainure, remplie par un exsudat fibrineux mélangé de sang.

C'est le seul point où le néoplasme ne se trouve pas directement en contact avec la cornée. La pupille n'existe plus et l'iris même n'est reconnaissable que par les reliquats de nature pigmentaire, placés en avant du cristallin; les limites du pigment tracent seules l'ancienne ouverture pupillaire.

Si de l'iris ainsi métamorphosé nous passons dans la région des procès ciliaires, nous trouvons le muscle ciliaire réduit d'épaisseur, comprimé, atrophié, mais protégé nettement sur sa plus grande étendue par le revêtement épithélial pigmentaire. Un peu en arrière, la zone ciliaire de la rétine est aussi conservée.

Mais dans cet angle postérieur, compris entre les procès d'une part, et la cristalloïde postérieure de l'autre, nous constatons un exsudat à organisation nucléaire, nouvelle, qui d'un côté va rejoindre le néoplasme de la chambre antérieure en passant au-dessus de l'équateur de la lentille et qui de l'autre descend le long de la cristalloïde postérieure rejoignant presque le centre de cette membrane. Comme cette disposition existe sur toute la périphérie du cristallin, il est aisé de comprendre que le cristallin est pour ainsi dire enchassé dans le néoplasme qui occupe en réalité dans cette région la place du corps vitré.

Telle est la disposition générale des parties dans le segment antérieur.

Examinons la structure de cette production nouvelle.

A un faible grossissement et sur des préparations colorées au picrocarmin, la constitution générale du néoplasme est la suivante : nombreux foyers granuleux jaunes, portant au centre une ou deux de ces plaques connues sous le nom de *cellules géantes*.

Ces foyers sont entourés d'une zone de prolifération où les noyaux bien conservés, très abondants, sont colorés vivement en rose, au milieu d'une matière granuleuse jaune. Il n'existe plus un seul vaisseau perméable dans toute cette partie. Près du pigment de l'iris qui reste encore accolé à la cristalloïde antérieure, les foyers de ramollissement jaune sont moins abondants et la prolifération embryonnaire mieux conservée.

Près de la membrane de Descemet, le néoplasme contient quelques vaisseaux, mais toujours très rares.

Vis-à-vis le centre de la cornée, nous retrouvons un exsudat mélangé de sang, de leucocytes et de fibrine coagulée.

A un plus fort grossissement, les points jaunes nous donnent l'organisation typique des foyers tuberculeux. Les plaques centrales les plus larges sont quelquefois limitées par quelques fibrilles connectives assez distinctes, en dedans desquelles se trouve la couronne de petits noyaux vivement colorés. Au centre, l'état de la matière granuleuse ne permet plus de reconnaître l'organisation primitive des éléments bien que plusieurs noyaux colorés soient refoulés à la périphérie. Ces plaques sont plus ou moins rondes et ovales, suivant que la section est faite plus ou moins obliquement sur les vaisseaux. Leur nombre est considérable. Pour retrouver des éléments nucléaires bien colorés, conservés en un mot il faut s'éloigner beaucoup de la cellule géante, c'est-à-dire que la dégénérescence granulo-caséeuse est avancée, générale, autour des plaques.

Il est certain en effet que comprimée entre la cornée et la lentille, la nouvelle production passe rapidement au détritus granulo-graisseux.

Aussi n'avons-nous pas à signaler, dans ces coupes, de points évoluant à l'organisation fibreuse ; la prolifération a été vive, mais elle est mort-née, elle étouffe par sa nature et dans le court espace où elle se produit.

A son contact avec la cornée, le néoplasme n'a pas déchiré la membrane de Descemet. Cependant à la périphérie, là où s'arrête le filet anhiste, vers le sinus de Fontana, les granulations du foyer de ramollissement compriment les sinus de Schlemm, à peine visibles sur plusieurs préparations; la partie antérieure du muscle ciliaire est déjà détruite; la prolifération commençait à s'infiltrer à travers les lames de la sclérotique. Toutefois de ce côté le mal est peu avancé et ne dépasse pas le point de jonction de la sclérotique, de la cornée et du cercle ciliaire.

Si nous passons de la région sus-ciliaire à la région ciliaire propre et rétro-cristalline, l'évolution change, les cellules rétiniennes à pied de cette région ont perdu leur forme; elles sont rondes, confluentes; ont un protoplasma granuleux, au centre duquel se détache un noyau granuleux lui-même, rouge. Quand elles sont trop tassées, la matière protoplasmatique se soude et les noyaux seuls apparaissent dans la masse granuleuse, cette altération envahit aussi les cellules qui recouvrent les procès ciliaires.

Plus bas, dans la région du corps vitré, ou mieux du décollement du corps vitré (Pagenstächer), l'exsudat venu des procès, suit les filaments de la zone ciliaire qui se dirigent vers le cristallin.

Il affecte dans les parties les plus récentes une disposition en fibrilles. Mais cet arrangement est fugace; car, en examinant les noyaux, ils apparaissent déjà granuleux, à protoplasma fortement altéré. Enfin, dans cette région même du corps vitré, nous retrouvons en quantité les plaques géantes à petits noyaux périphériques. Elles offrent ici une netteté plus grande que dans l'iris où elles étaient comprimées. Là, l'évolution voisine des éléments nucléaires est facile à suivre dans toutes les différentes zones.

Le diamètre des plaques nucléaires géantes varie des plus petites aux plus grandes, et nous en avons mesuré qui avaient près d'un millimètre de largeur.

L'exsudat pathologique s'étant fait entre les filets du ligament suspenseur du cristallin, a envahi peu à peu le corps vitré. Au contact, cette humeur s'infiltre de cellules en assez grande quantité, mais elles n'ont pas conservé leur tendance habituelle à l'organisation fibreuse, si particulière à ces éléments rameux et muqueux. Elles sont déjà granuleuses et frappées de déchéance. A peu de distance, le corps vitré reprend son aspect finement pulvérulent, et les éléments nouveaux s'arrêtent.

Pour terminer la description du segment antérieur, disons que la cornée, dont les membranes de Bowmann et de Descemet étaient intactes, offrait cependant une prolifération nette, linéaire, interlamellaire, dans les cellules plates.

Rare vers la face interne, cette multiplication des éléments fixes acquérait son maximum à la périphérie de la cornée, où elle se conti-

nuait directement avec la prolifération avoisinant les sinus veineux scleroticaux. Un autre foyer de prolifération partait aussi des couches voisines de la membrane de Descemet ; au contact du néoplasme, l'endothelium de cette membrane s'est confondu avec les cellules nouvelles.

Enfin, en dehors, l'épithelium cornéen s'était transformé ; anguleux et rond dans les couches profondes et moyennes, il était devenu corné à la superficie, sans noyau visible. Mais ces lésions, d'irritation chronique, n'avaient pas encore donné lieu à la production, dans la membrane transparente, de véritables foyers tuberculeux.

Le cristallin était sain.

Segment postérieur.

Ce segment, s'étendant de la papille jusqu'à 15 millimètres vers la cornée, comprend un parcours de 32 à 33 millimètres, c'est-à-dire la moitié du globe. Or, dans toute cette calotte hémisphérique, ni la choroïde, ni la rétine, ni la papille, ni le nerf optique ne fournissent la moindre altération. Pas de prolifération dans la choroïde, pas de tubercule, la rétine possède, malgré le séjour un peu long dans l'alcool, toutes ses couches bien marquées, y compris le chevelu des batonnets et des cônes.

La papille est légèrement saillante et n'offre par conséquent aucune dépression glaucomateuse. Pas de névrite, ni en avant, ni en arrière de la lame criblée.

Le seul point à relever est une abondance peut-être exagérée de noyaux ovales dans l'expansion du N.-O. au voisinage de la papille, mais il n'y a pas de foyer confluent en aucun point.

Remarques. — La nature de ce néoplasme, qui a remplacé l'iris et qui infiltre la partie antérieure du corps vitré, semblerait ne pas devoir donner lieu à une interprétation douteuse. En effet, une substance qui présente l'organisation embryonnaire, sans portions fibreuses, qui offre des foyers caséeux, qui fourmille de ces larges plaques à noyaux multiples et périphériques, dites cellules géantes, qui ne contient pas de pus proprement dit, pas de vaisseaux perméables dans la région centrale, qui évolue sans phénomènes inflammatoires intenses ; ce néoplasme, quand il existe chez un enfant non syphilitique, ne présentant pas de traces de lupus ou de scrofule, ce néoplasme peut-être dénommé *tubercule*.

Mais il faut le proclamer, c'est à la clinique de décider, car, sur pièces micrographiques, si toutes les présomptions sont pour le diagnostic précédent, la certitude ne saurait être établie pour différencier cette évolution tuberculeuse d'avec la scrofule.

Ne voyons-nous pas l'inoculation même, cette pierre de touche acceptéo comme infaillible jusqu'ici, nous laisser maintenant dans le doute pour la syphilis, puisque Haensell vient d'inoculer avec

succès sur le lapin les gommes syphilitiques de l'homme, et d'obtenir la généralisation de ces granulations spécifiques. Comme structure histologique, ces néoplasies nouvelles contiennent aussi des cellules géantes : leur caractère distinctif serait leur vascularisation et l'absence de foyer caséeux.

Mais, en résumé, c'est toujours à la clinique que revient le dernier mot.

Nous n'avons pas à rechercher ici le mode de formation des cellules géantes ; cependant si ces éléments, quand ils se rencontrent dans l'iris, donnent par leur forme, leur structure périphérique, l'idée d'une oblitération vasculaire avec prolifération endothéliale, cette opinion doit-elle être admise en ce qui regarde les mêmes cellules géantes placées sous les procès, en arrière de la cristalloïde, là où n'existent pas de vaisseaux à l'état normal ? En 1879, nous avons figuré dans notre atlas d'anatomie pathologique, avec M. le professeur Perrin, les éléments *vaso-formateurs* qui se développent dans l'organisation de l'humeur vitrée, absolument comme dans les autres tissus et le péritoine en particulier, sous l'influence de l'irritation. Nous admettrons alors pour le corps vitré la théorie qu'a soutenue dernièrement, pour les séreuses, notre collègue M. Kiener (du Val-de-Grâce) sur la transformation nécrobiotique de ces cellules angioblastes.

A côté de ces gros éléments spéciaux, il est aisé de suivre et l'altération granuleuse du protoplasma et la prolifération nucléaire dans les éléments voisins, puis la formation des centres de ramollissement. Le corps vitré, dans ces conditions, évolue donc comme les autres tissus. Ce terrain est même un des plus curieux à étudier au point de vue de la formation du tubercule, que nous rencontrons dans cette humeur pour la première fois.

Cette rareté de la tuberculose du corps vitré est peut-être plus apparente que réelle, et nous l'attribuerions volontiers à l'insuffisance des examens.

Nous ne prendrons pour exemple que la dernière observation de Wolf (de Glascow) (*Annales d'Oculistique*, 1882, p. 153), où la dégénérescence des procès ciliaires et de l'iris fut constatée par Kroüse. Elle offrait une intensité remarquable.

Or, il nous paraît difficile dans une lésion aussi développée, de ne pas rencontrer d'exsudat retro-cristallinien, comme dans notre cas ; seulement, il faut examiner ces parties et en constater l'état.

Cette lacune, portant sur l'absence d'examens du corps vitré, existe aussi dans les belles recherches de notre ami, le professeur Manfredi de Modène, qui a cependant, un des premiers, étudié plusieurs cas de tuberculose primitive de l'iris, et en a donné de belles planches.

Nous avons encore compulsé à cet égard les observations relatées dans les journaux d'ophthalmologie [1], et nulle part nous n'avons pu rencontrer, sinon dans les expériences d'inoculation sur des lapins, par Deutschmann, cette infiltration tuberculeuse du corps vitré.

En définitive, notre nouvelle analyse histologique confirmerait ce qu'avait démontré la physiologie expérimentale, c'est-à-dire qu'aucun tissu de l'œil n'échappe à la granulation tuberculeuse.

Une dernière remarque doit être faite sur l'état particulier du segment postérieur de ce bulbe énucléé.

Nous avons dit que les membranes y étaient normales, et la papille nullement excavée, au contraire. Or toute la chambre antérieure était remplie par la masse tuberculeuse ; le sinus de Fontana, les canaux veineux pericornéens étaient obturés par la prolifération.

Ce fait semblerait donc en désaccord avec la théorie de Kniess, qui attribue le glaucome à l'oblitération des voies d'excrétion. Mais nous ferons remarquer que les procès ciliaires étaient eux-mêmes atrophiés. Or c'est à cette partie qu'il faut rapporter la sécrétion des humeurs ; il n'est donc pas étonnant que, malgré la clôture des voies de sortie, l'équilibre se soit maintenu, puisque la sécrétion était diminuée. De plus tout passage des leucocytes dans le corps vitré s'accompagne d'un léger degré de synchysis ou de ramollissement, état absolument opposé à celui de la tension ectatique.

[1] Les recherches sur la tuberculose primitive de l'iris ne doivent pas remonter au delà de 1870, époque à laquelle ces tumeurs étaient souvent indiquées sous le nom de granulomes. Voici le relevé des principales observations publiées :

1870. — Gradenigo, *Annales d'oculistique*.

1873. — Perls, *Archives de Graefe*, T. XIX (Tubercules de l'Iris).

1875. — Saltini, *Annali d'Ottab*, T. IV (Examens de Manfredi).

1878. — Baumgarten, *Archives de Graefe*, XXIV.

1879. — Samelsohn, *Société de Heidelberg*, 11 août.

Parinaud, T. Anger } *Société de chirurgie.*

Manfredi, *Académie de Modène*, T. XIX.

1881. — Brailey, Edmunds, *Société d'ophthalm. du Royaume-Uni*, 13 octobre 1881.

Costa Prunida, *Archives de Graefe*, T. XXVI.

Nettleship et Fox, *Société d'ophthalm. du Royaume-Uni*, 6 juillet 1881.

Haab, *Archives de Graefe*, vol. XXV, 4 cas.

Rüter, *Arch. Knapp*, vol. X.

Cette note était rédigée quand nous avons eu connaissance du travail de Falchi (*Académie de médecine de Turin*, mars 1882) qui a trouvé des granulations tuberculeuses dans le corps vitré, sur une bulbe enuclée pour décollement retinien.

Société d'imp. Paul Dupont. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau. 55.7.82. — Le Gérant : G. Masson.

D'où il résulte que nous ne saurions invoquer, malgré l'apparence, l'état anatomique de *ce bulbe*, comme argument contraire à la physiologie acceptée par Weler et Kniess pour l'étiologie du glaucome. Nous n'avons qu'un mot à dire du traitement dont les règles sont aujourd'hui bien tracées ; pour les tubercules profonds de la choroïde — expression à laquelle nous préférons celle de choroïdite tuberculeuse, à cause de l'infiltration générale de la membrane — quand les milieux ne sont pas enflammés, quand la vision est conservée, ce qui est l'ordinaire, l'abstention est la règle. L'intervention, au contraire, doit être active quand le tubercule siège dans le segment antérieur et s'accompagne de perte de la vision avec symptômes inflammatoires, même peu douloureux.

Le chirurgien agit pour l'œil comme il le ferait pour le testicule, où les ablations rapides, quand le diagnostic est bien établi, n'ont donné que de bons résultats.

Discussion.

M. Desprès. J'ai écouté attentivement la lecture de l'observation et j'ai examiné les dessins annexés. Je demanderai à M. Poncet pourquoi il donne à cette lésion le nom de tubercule ?

M. Poncet. J'en ai indiqué les raisons dans les remarques qui suivent l'observation. Je puis répéter qu'un néoplasme non vasculaire, non fibreux, présentant de nombreux foyers de ramollissement avec cellules géantes typiques, entourées elles-mêmes de foyers de dégénérescence, est un vrai tubercule. C'est du moins ce que je crois.

M. Desprès. Le dessin de M. Poncet est bien fait, mais je ne vois pas là des foyers caséeux, et sur l'une des pièces je vois une ressemblance frappante avec ce que M. Cornil a représenté comme exemple de gomme. Il y a là une obscurité que je voudrais voir dissiper. Les cellules géantes qu'on nous montre, on en voit partout de pareilles ; elles n'ont rien de caractéristique, et je voudrais bien savoir quel diagnostic porteraient des micrographes qui n'auraient pas les renseignements cliniques fournis par l'observation du malade. Une tuberculose de ce genre constituerait un fait exceptionnel, unique. Je crois que l'enfant n'était pas tuberculeux ; il a eu un glaucôme, une iritis, une inflammation quelconque ; il en est résulté un exsudat, qui a subi une transformation, avec tendance à l'élimination. Je n'ai pas qualité pour contester absolument le diagnostic des micrographes, mais je déclare qu'il ne m'inspire qu'une médiocre confiance.

M. Trélat. Je ne poursuivrai pas le mode de discussion de notre collègue, qui argue de son incapacité en histologie pour critiquer la partie histologique de la communication de M. Poncet. Je veux seulement rappeler que j'avais dit, à propos d'autres tuberculoses de l'œil, du testicule, de la langue, que l'ablation de la partie tuberculeuse mettait l'économie à l'abri de l'intoxication, et je prends acte de ce que M. Poncet se déclare partisan de l'extirpation précoce et l'indique comme le traitement rationnel.

M. Poncet. Je tiens à bien établir que l'énucléation ne doit être pratiquée que si les accidents inflammatoires sont déclarés et graves. Pour les petits tubercules choroïdiens profonds, nul ne songe à intervenir.

En réponse aux objections de M. Desprès, je ferai remarquer et je proclamerai toujours que la clinique doit guider l'histologie dans le diagnostic. Les cellules géantes qu'on rencontre dans la syphilis, la morve, dans les tophus et même autour des corps étrangers, n'ont rien de caractéristique ; elles ne suffisent nullement à établir un diagnostic, et personne aujourd'hui ne songe à distinguer par ce moyen les différents produits pathologiques. Mais ce qui est important, c'est l'étude générale du tissu nouveau, de sa structure autour des *riesenzellen*, des altérations subies par les cellules voisines, de l'état des vaisseaux, du degré d'organisation fibreuse et d'altération graisseuse des nodules. C'est par cet ensemble de caractères qu'on peut distinguer le tubercule de la syphilis, de la morve, et de l'inflammation simplo. Quant à la scrofule, la chose est plus délicate, si tant est qu'elle soit bien positive.

L'enfant dont il s'agit n'a jamais eu d'excavation glaucomateuse; et même au point de vue clinique, je demanderai quel nom donner à ce néoplasme qui n'est pas syphilitique, et remplit toute la chambre antérieure. Les cellules géantes existent ici dans le canal de Petit aussi nettement qu'il soit possible de les voir, et là leur origine ne peut être dite lymphatique; ces éléments proviennent, sans discussion possible, des cellules vaso-formatrices du corps vitré dégénérées Les nombreux foyers qui se prolongent de la région ciliaire jusque dans la chambre antérieure, permettent bien de donner à cette lésion le nom de tuberculose primitive de l'iris et du corps vitré.

M. Perrin. Je veux revenir en quelques mots sur la conduite que le chirurgien doit tenir en face de la tuberculisation de la choroïde ou de l'iris. Je crains qu'il subsiste une certaine obscurité; je ne suis pas de l'avis de M. Trélat, et je dis qu'on ne doit pas songer à l'énucléation de l'œil tant que le tubercule ne donne pas lieu à des

troubles fonctionnels. La plupart des observations ont trait à des malades qui n'ont eu aucune altération apparente, aucune modification de la vue. Exceptionnellement, on voit survenir de l'inflammation, se déclarer des accidents glaucomateux. C'est alors, et seulement alors, qu'on doit intervenir.

M. Trélat. M. Perrin se trompe en croyant que nous ne sommes pas du même avis: j'ai dit qu'il ne suffisait pas d'avoir fait le diagnostic, constaté la tuberculose, mais qu'il fallait avoir observé une manifestation d'accidents. Le diagnostic seul est insuffisant; il faut les deux ensemble, diagnostic et accidents, pour avoir le droit d'intervenir. C'est tout à fait le même avis que celui de M. Perrin.

M. Lefort lit une observation intitulée :

Pseudarthrose du cubitus; guérison par l'électrolyse.

Le malade qui fait l'objet, ou plutôt qui est le point de départ de cette communication, est un homme de 23 ans, Louis F..., entré dans mon service à l'Hôtel-Dieu le 26 janvier, pour une pseudarthrose du cubitus gauche. Six mois auparavant, il eut l'avant-bras saisi entre les mâchoires d'un cheval et cette morsure occasionna, non seulement une plaie contuse, mais aussi une fracture de l'avant-bras, à la partie moyenne. Le blessé fut reçu à l'hôpital de Melun, où on lui mit un appareil composé de compresses graduées et de bandes soutenues par des attelles. Au commencement du traitement, dans le but de permettre le pansement de la plaie, l'appareil fut enlevé et replacé tous les jours.

Après deux mois et demi de séjour à l'hôpital de Melun, le blessé vint à Paris, et il entra le 6 octobre 1881 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Richet, suppléé par M. Pozzi. Le malade portait encore l'appareil qui lui avait été appliqué à Melun. On le remplaça par un appareil plâtré, échancré au niveau des plaies; mais, avant de l'appliquer, on dut redresser de force l'avant-bras, qui se consolidait vicieusement. Après sept semaines de traitement, les plaies étant cicatrisées, le malade fut envoyé en convalescence à Vincennes.

Lorsqu'il en sortit, il ne pouvait se servir de son bras, dont les mouvements étaient douloureux et sans force; aussi le 26 janvier 1882, il se présenta à la consultation du Bureau central et fut envoyé dans mon service. Je constatai l'état suivant :

L'avant-bras gauche présente cinq cicatrices : une en arrière, vers la partie inférieure du cubitus, et une seconde sur le bord de cet os, vers sa partie moyenne ; une troisième sur le bord externe du radius, vers sa partie moyenne ; une autre au-devant du poignet, et une cinquième à la racine de la main.

Le radius, vers son milieu, à l'endroit où la fracture a existé, est volumineux ; il est consolidé et ne présente aucune apparence de mobilité anormale. Le cubitus, au niveau de la plaie existant au milieu de l'avant-bras, est fracturé, et le fragment supérieur fait une forte saillie sous la peau. Au-dessous de lui et au fond d'une dépression assez marquée, on retrouve le fragment inférieur ; le fragment supérieur est complètement mobile ; on le déprime facilement par une pression légère, et on l'amène ainsi au niveau du fragment inférieur. Le volume des deux fragments est plutôt inférieur que supérieur au volume normal du cubitus. Il n'y a aucune trace de consolidation ni de cal ; les mouvements de pronation et de supination sont des plus limités, difficiles et accompagnés de douleurs vives. Le malade ne peut se servir de son avant-bras. Une intervention active est donc nécessaire.

Je ne discuterai pas la question de savoir si j'avais affaire à une pseudarthrose confirmée ou à un retard de la consolidation ; il s'agit en effet ici d'une question de pratique, d'une question de thérapeutique, et non d'une discussion d'anatomie pathologique. Or, au point de vue de la pratique, lorsque le travail de consolidation s'est complètement arrêté, que les deux extrémités des fragments sont absolument libres l'une de l'autre et ne se correspondent plus, on ne peut plus se contenter des procédés thérapeutiques qui ont pour but et pour effet de faire reprendre ce travail, suspendu ou ralenti, résultat qu'on peut obtenir par le frottement des fragments, une simple irritation locale directe ou indirecte. Il faut dans ces cas déterminer une irritation locale suffisante pour amener dans les parties immédiatement voisines du foyer de la fracture une inflammation assez vive pour retentir sur les extrémités fracturées.

La cautérisation actuelle par l'ignipuncture, soit avec le cautère de Richet, soit comme l'avait fait Nélaton, avec un petit galvano-cautère, ou la cautérisation chimique par les injections caustiques, m'exposaient à des accidents. L'ignipuncture presque innocente avait quelquefois suffi dans des cas analogues, mais elle est souvent insuffisante, et je songeai à la rendre plus efficace en me servant des aiguilles pour agir par l'électrolyse. On a quelquefois, rarement toutefois, employé l'électropuncture, mais, dans ces cas, on ne se servit guère que de courants faradiques ou d'induction et, par conséquent, sans action caustique tandis qu'en

employant l'électrolyse, j'ajoutais à l'action irritante des aiguilles une véritable cautérisation interstitielle.

Le 30 janvier, j'appliquai sur la face antérieure de l'avant-bras une gouttière plâtrée.

Le 1er février, j'introduisis facilement dans l'intervalle qui séparait les deux fragments, c'est-à-dire dans le foyer même de la fracture deux aiguilles d'or; je les mis en rapport avec les 14 éléments de mon appareil à électrolyse et je les laissai en place pendant cinq à six minutes. Ceci fait, j'appliquai sur le fragment supérieur du cubitus faisant saillie un tampon linéaire formé d'une compresse repliée plusieurs fois sur elle-même; je soutins ce tampon par une petite attelle de carton de la largeur du pouce, et en serrant le tout avec des bandes de diachylum, je pus déprimer le fragment supérieur et l'amener au niveau et au contact du fragment inférieur.

Une légère inflammation, caractérisée par de la douleur, un peu de rougeur et de gonflement, se montra au niveau du foyer de la fracture, mais sans qu'il y eut jamais la moindre menace de suppuration.

Le 25 février, j'enlevai l'appareil, la consolidation me parut effectuée, et en faisant exécuter à l'avant-bras quelques mouvements légers de pronation et de supination, les fragments du cubitus ne paraissaient plus avoir l'un sur l'autre aucune mobilité.

Le 27 février, le malade fut envoyé à Vincennes. A sa sortie de l'asile, vers la fin de mars, il revint se soumettre à notre observation et nous faire part de sa guérison. En effet, la consolidation était parfaite, les deux fragments se continuaient sans ligne de démarcation, sans aucun changement de direction, la continuité du cubitus était solidement rétablie, les tractions les plus énergiques dans les deux sens opposés ne donnaient aucune sensation de mobilité entre les fragments, les mouvements de pronation et de supination s'exécutaient facilement, sans amener aucune douleur, et l'avant-bras avait repris l'intégrité et la facilité de ses fonctions.

Cet exemple me donne le droit de croire que l'électrolyse pourra être tentée avec succès, même dans des cas de pseudarthrose confirmée et complète. J'ajoute que cette méthode me paraît joindre à l'efficacité une innocuité aussi complète qu'on peut l'espérer.

M. Richelot lit un travail *sur un cas de fistule du canal de Sténon opéré par un nouveau procédé.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Chauvel, Polaillon et Delens, rapporteur.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le secrétaire,
CH. PÉRIER.

Séance du 21 juin 1882.

Présidence de M. Labbé.

Le procès-verbal de la séance précédonte est lu et adopté .

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris;

2° *Bulletin de l'Académie de médecine.* — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie.* — *Revue médicale de l'Est.* — *Bulletin de thérapeutique.* — *Annales de gynécologie.* — *La Loire médicale.* — *Revue médicale.* — *Tribune médicale.* — *Revue scientifique de la France et de l'étranger.* — *Revue de chirurgie.* — *Revue de médecine.*

3° *British médical.* — *Gazette médicale italienne lombarde.* — *Chronique médico-chirurgicale de la Havane.* — *Gazette de santé militaire de Madrid.* — *British medical.* — *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.*

4° *Fragments de chirurgie antiseptique*, ouvrage offert à la Société par M. le Dr Jules Bœckel, chirurgien des hôpitaux civils de Strasbourg, membre correspondant de la Société de chirurgie.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Sée. Je demande la parole pour donner des nouvelles de la malade à laquelle j'ai fait l'élongation du nerf dentaire inférieur, et dont j'ai communiqué l'observation dans la séance du 31 mai ; cette malade paraît définitivement guérie.

M. Desprès. Je donnerai également des nouvelles d'un malade dont j'ai parlé plusieurs fois à la Société, et auquel j'avais fait la dilatation du rectum pour un cancer de cet organe. Cet homme est mort il y a 3 jours après avoir eu une orchite suppurée. Le malade a donc survécu 6 mois après la dilatation, sans nouvelle occlusion intestinale.

Rapport

Sur un mémoire de M. Baudrimont, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, intitulé : *De la fracture de la paroi antérieure du conduit auditif et de la luxation en arrière du maxillaire inférieur par pénétration des condyles dans l'oreille,*

par M. Farabeuf,

au nom d'une commission composée de MM. Desprès, Périer et Farabeuf.

Ce titre, Messieurs, doit éveiller votre curiosité. Sans doute, la fracture de la paroi antérieure du conduit auditif ne vous est pas inconnue, car son histoire est un peu celle de la valeur séméiologique de l'otorrhagie. Quant à la luxation persistante du condyle maxillaire dans le conduit auditif effondré, c'est une autre affaire : on la nie, en France, ou bien l'on n'en parle pas.

M. Baudrimont a bien étudié la simple fracture de la paroi antérieure du conduit auditif et l'otorrhagie qui l'accompagne ordinairement. Il a, de plus, démontré cliniquement et expérimentalement, la pénétration et l'enclavement du condyle dans le conduit auditif, c'est-à-dire la réalité de la luxation de la mâchoire en arrière.

Morvan et Sonrier n'avaient réuni que sept observations. Le mémoire de M. Baudrimont en renferme vingt-trois, dont neuf suffisamment détaillées ont été catégorisées suivant que :

1° Le conduit auditif fracturé reste libre, béant ;

2° Il a perdu une partie de ses dimensions par refoulement de sa paroi antéro-inférieure ;

3° Il est complètement obstrué, le condyle y étant resté engagé, luxé.

Les quatorze autres relations appartiennent aux deux premières catégories ; mais on n'y trouve pas de données précises sur l'état des parois du conduit auditif. Ces deux catégories comprennent les cas de fracture : le blessé est tombé ou a été frappé sur le menton ; un écoulement de sang, de sérosité même, s'est produit, variable en quantité et en durée ; enfin, ou bien le malade a présenté des symptômes de commotion cérébrale, ou bien il a d'emblée signalé de la gêne et de la douleur dans le jeu de l'articulation.

Mais c'est la liaison entre ces deux faits, choc sur le menton et otorrhagie, qui a frappé l'attention des observateurs. (Tessier, *Journal de méd.*, 1789, LXXIX, p. 246. — Monteggia, *Institutioni*

chirurgische, 2ᵉ édit. 1814, IV-97. — Morvan, 1856, et 1858, *Archives gén. de méd.* — Puech 1858, *Gaz. des hôp.* — Triquet, 1864, *Gaz. des hôp.* — Chauvel, 1864, *Th. de Paris.* — Panas, 1869, *Soc. de chir.* — Sonrier, 1869, *Gaz. des hôp.* — Mansuy, 1871, *Th. de Paris.* — Heath, 1872, *Injuries and diseases of the Jaws.* — Le Bail, 1873, *Th. de Paris.* — Duplay, 1876, *Progrès méd.*)

M. Baudrimont n'hésite pas à croire qu'un grand nombre de guérisons de prétendues fractures de la base du crâne se rapportent à de simples défoncements du conduit auditif, suivis d'otorrhagie abondante, voire même d'écoulement séro-sanguinolent, et accompagnés de symptômes plus ou moins fugaces de commotion cérébrale.

Chaque fois qu'un blessé perd du sang par les oreilles il y a donc lieu, pour établir un diagnostic exact et un pronostic juste, d'examiner attentivement le *menton*, la région et le jeu de l'*articulation*, et enfin l'intérieur du *conduit auditif* sur la paroi antéro-inférieure duquel on trouve, si le condyle l'a défoncée, une déchirure plus ou moins marquée, au fond de laquelle le stylet sent des esquilles quelquefois saillantes et crépitantes.

Le *menton* est le siège d'une plaie longue de 10 à 40 millimètres, profonde jusqu'à l'os, située au niveau du bord inférieur de la symphyse médiane, si les deux oreilles ont souffert, ce qui est l'exception, se prolongeant donc ordinairement d'un côté et toujours du côté opposé à la lésion auriculaire.

La *région articulaire* est douloureuse, les mouvements sont limités et fort pénibles, quelquefois accompagnés de crépitation; il n'y a pas de gonflement immédiat, mais il peut survenir ultérieurement une ecchymose, une tuméfaction inflammatoire et une arthrite qui, dans un cas, fut suivie d'ankylose.

L'*otorrhagie*, ordinairement faible, peut être abondante, de même qu'elle peut exceptionnellement durer plusieurs jours; elle est habituellement accompagnée ou suivie d'un écoulement séreux qu'on a vu quelquefois considérable et prolongé pendant 3, 5, 8 et 10 jours. En de certains cas, l'une des sources de ce liquide était sûrement la caisse du tympan. La sérosité s'est transformée assez souvent en véritable pus.

Le *conduit auditif*, débarrassé du sang et du cérumen, ne peut être examiné au spéculum à cause de la douleur et aussi à cause du rétrécissement consécutif au défoncement de sa paroi. La plaie tégumentaire trop rarement explorée, s'est montrée, en général, à une faible profondeur, transversale relativement à l'axe du conduit, c'est-à-dire antéro-postérieure : le stylet a pu y sentir des esquilles et pénétrer même à plusieurs centimètres de profondeur derrière le condyle maxillaire. Au niveau et au delà de la plaie

existe la saillie du défoncement, variable en volume, douloureuse, mais réductible avec plus ou moins de force. La membrane du tympan est trop souvent impossible à voir; elle est quelquefois déchirée.

Les *accidents cérébraux* immédiats, qui étaient la règle pour Sonrier, seraient plus rares d'après M. Baudrimont. Ils peuvent cependant égaler en intensité, sinon en durée, ceux que détermine une fracture du crâne.

La fracture auriculaire ou tympanique s'est *compliquée* plusieurs fois de fractures du corps de la mâchoire ou simplement du condyle correspondant. Plusieurs fois aussi le condyle, intact ou brisé, a pénétré jusque dans le crâne.

Le *mécanisme* de la fracture du conduit auditif par le condyle est indiqué par la plaie mentonnière. C'est un refoulement antéro-postérieur du maxillaire inférieur élevé au maximum ce qui explique les fractures des molaires quand ces dents existent.

M. Baudrimont, dans ses expériences cadavériques consistant en un choc violent sur le menton, a montré que le frottement des molaires paralysait la violence et empêchait ordinairement la fracture qui se produisait au contraire facilement sur les cadavres édentés. Cette remarque expérimentale concorde avec l'observation clinique. L'absence des molaires est une circonstance adjuvante pour deux raisons: elle supprime le frottement et permet de maintenir fortement élevé, pendant le traumatisme, le corps du maxillaire inférieur qui glisse comme un tiroir d'avant en arrière.

Au moment où le condyle heurte le conduit auditif, la capsule articulaire et le ligament latéral externe sont distendus. Un pas de plus est possible sans déchirure notable; mais si l'enfoncement est marqué, le ligament externe m'a paru se détacher nécessairement de son tubercule condylien.

Dans la rétropulsion de la mâchoire, le contact des parties dures s'établit entre le pourtour du méat osseux et un point situé au voisinage de l'union du tiers externe avec les deux tiers internes du condyle.

La paroi osseuse auriculaire est-elle mince, le condyle l'enfonce sans se briser, dit M. Baudrimont; est-elle épaisse et solide, c'est le condyle qui cède.

Ce doit être la règle si j'en crois les quelques expériences que j'ai faites : un trait antéro-postérieur, quelquefois presque vertical, ordinairement oblique en bas et en dedans, sépare de l'os maxillaire toute la portion interne du condyle, normalement rejetée en dedans du col et qui a été vaincue par la solidité du heurtoir osseux tympanique; tandis que la portion externe du condyle qui

continue directement le bord postérieur de la branche montante a facilement défoncé le cartilage correspondant, soulevé et rompu le tégument, en écornant à peine ou pas du tout le rebord du méat osseux.

Il est bon de rappeler ici que les chocs portés sur le menton abaissé ou sous l'angle de la mâchoire au lieu de diriger le condyle simplement en arrière tendent au contraire à le maintenir dans sa cavité, à le briser ou à le faire pénétrer dans le crâne à travers l'oreille, comme l'a observé M. Lannelongue.

J'arrive enfin à l'enclavement du condyle dans le conduit auditif, à la *luxation* de la mâchoire *en arrière*. Evidemment, le mécanisme doit être le même que celui de la simple fracture ; la plaie mentonnière, l'otorrhagie, etc., en seront des symptômes ordinaires.

De prime-abord il est difficile à l'anatomiste de se figurer ce large condyle maxillaire tout entier reçu et enclavé dans le conduit auditif effondré. On est tenté, la luxation étant cliniquement démontrée, on est tenté, dis-je, de supposer que le condyle ne s'est luxé qu'après avoir laissé en place toute sa partie interne séparée par un trait de fracture. Peu importe, après tout, à la physionomie de la luxation, et c'est cette physionomie que l'observation de M. Baudrimont va me permettre de retracer. Avec lui je pourrais pourtant remonter jusqu'au XIIIe siècle, à Guillaume de Salicet et surtout à Lanfranc, dont Guy de Chauliac et A. Paré rapportent la description qui semble *de visu.* Mais, depuis Fabrice d'Aquapendente jusqu'à Giraldès et quelques auteurs plus modernes encore, il semble que tout le monde ait été et demeure d'accord pour rejeter la possibilité et, par suite, l'existence de la luxation de la mâchoire en arrière.

M. Baudrimont fait allusion à plusieurs observations récentes à propos desquelles il est possible d'élever des doutes. Je les laisserai de côté, qu'elles viennent de France, d'Angleterre ou d'Allemagne, et voici le fait du chirurgien de Bordeaux.

Le 25 septembre 1879, M...., 63 ans, édenté, tombe violemment sur le menton, ressent une violente douleur dans les deux oreilles et ne peut plus remuer la bouche. Plaie mentonnière, surdité absolue, otorrhagie sans durée.

La bouche est entr'ouverte, la symphyse ramenée en arrière, les incisives inférieures de 15 millimètres en retrait sur les supérieures. Les lèvres peuvent encore se rapprocher, mais sans que l'os participe à ce mouvement. Le transport en arrière de toute la mâchoire inférieure a aplati les joues et a déterminé un rictus particulier ; l'angle et le bord postérieur de la mâchoire touchent le sterno-mastoïdien ; la place du condyle est vide.

Les deux conduits auditifs ont expulsé leur bouchon cérumineux et sont maintenant oblitérés par une saillie antéro-inférieure dure et obéissant aux mouvements de faible étendue que l'on peut imposer à la mâchoire.

La réduction du condyle droit réussit brusquement et du premier coup; l'aspect primitif de la face du malade est alors transformé, le menton étant dévié à gauche. C'est avec peine que le condyle gauche est ensuite dégagé. On observe alors que la face a repris son profil normal, la mâchoire sa mobilité.

Le malade peut parler; il entend beaucoup mieux.

L'examen des oreilles montre que la membrane du tympan droit est sûrement déchirée et qu'il existe de chaque côté une plaie des téguments à travers laquelle le stylet sent des esquilles et pénètre jusqu'à 45 millimètres, du côté droit.

Divers accidents locaux surviennent : écoulement séro-sanguinolent, séreux, séro-purulent; gonflement des régions articulaires et plus tard suppuration.

Le malade quitte l'hôpital en bon état, 27 jours après l'accident. Trois mois après, il restait encore de l'empâtement, de la raideur articulaire et un certain degré de surdité.

J'espère, Messieurs, que malgré la brièveté du résumé que j'ai fait de cette observation, vous y trouverez des symptômes et des signes assez précis pour qu'il n'existe plus aucun doute dans votre esprit sur l'existence de la luxation de la mâchoire inférieure en arrière par pénétration du condyle dans le conduit auditif.

Le travail de M. Baudrimont, quoique fort long, mériterait d'être inséré dans nos bulletins. Mais, l'auteur se proposant de le publier, les conclusions de votre rapporteur sont :

1° D'adresser des remerciements à M. Baudrimont;

2° De déposer son mémoire aux archives, où il pourra en faire prendre copie.

Discussion sur les fongosités articulaires.

Étude sur les caractères et la nature de l'arthrite dite fongueuse. — Tuberculose osseuse et articulaire,

par M. Lannelongue.

PREMIÈRE PARTIE.

I. — Fongosités simples et tuberculeuses.

Messieurs,

Je vous ai dit, dans une des réunions antérieures de votre Société, quelle était la nécessité actuelle de faire ressortir

les différences fondamentales que présentent les fongosités des articulations selon les circonstances qui les ont fait naître. Je vous ai montré tout d'abord qu'une première distinction, que j'appellerai volontiers capitale, était à faire et reposait sur la présence ou l'absence d'un produit anatomique d'une conformation parfaitement déterminée : le tubercule défini comme il l'est aujourd'hui. De là, deux variétés anatomo - pathologiques dont l'une, de connaissance récente, occupera une place prédominante dans ce travail. Les considérations qui s'attachent à l'étude du tissu fongueux sont de premier ordre, car il ne faut pas oublier que naguère on croyait, et beaucoup partagent encore aujourd'hui cette croyance, que l'inflammation chronique des synoviales qui engendre ce tissu, est la cause presque exclusive de tous les désordres de la tumeur blanche ; la tumeur blanche, ainsi envisagée, ne serait primitivement qu'une synovite.

Aussi, l'importance que depuis si longtemps on a accordé à ce tissu est-elle pleinement justifiée ; mais il faut reconnaître qu'on n'avait pas suffisamment recherché les conditions de sa genèse et délimité les qualités particulières qu'il présente selon les cas. Les premières études histologiques n'y ayant pas fait reconnaître de différence avec le tissu qui sert de base à la réparation des plaies, on a cru le tissu fongueux semblable à ce tissu, identique aux bourgeons réparateurs, présentant comme eux une organisation invariable depuis le premier terme de son développement jusqu'à ses aboutissants terminaux : la suppuration ou la transformation conjonctive.

Un exemple nous permettra d'établir immédiatement combien la distinction est vraie et combien la différence de nature est profonde. Dans la nécrose confirmée, la cavité osseuse qui contient le séquestre, ainsi que les trajets fistuleux qui en partent, sont recouverts par une couche abondante de fongosités ; ces fongosités produisent une suppuration plus ou moins grande, qui parfois affaiblit considérablement le malade. Néanmoins, elles ont le caractère d'un tissu temporaire et d'inflammation simple. En effet, elles disparaissent promptement avec l'extraction du séquestre et leur tissu devient un tissu de cicatrice. Le processus a été réparateur dans toute la force du terme. Mais il y a plus, avant l'extraction du séquestre, ces granulations fongueuses n'accusaient pas de tendance envahissante, elles restaient confinées dans un territoire bien délimité ; enfin, on doit ajouter que l'inoculation des fongosités de cet ordre de l'homme à un animal, ou d'un animal à un autre animal, ne décèle, ainsi que nous l'avons vu maintes fois, aucune trace de virulence lorsque l'expérience est conduite avec le soin qu'elle réclame.

Dans les fongosités de la seconde variété, la cause génératrice du processus inflammatoire est un agent virulent dont on discute encore la provenance et la nature, car les recherches tout à fait récentes de Koch n'ont pas encore reçu une consécration définitive. Quel qu'il soit d'ailleurs, cet agent n'en révèle pas moins son influence locale par l'apparition d'un fait nouveau au sein des fongosités ; ce fait, reconnaissable souvent à l'œil nu et indéniable en tout cas avec l'aide du microscope, est le nodule ou la nodosité tuberculeuse. Les caractères de ce nodule sont aujourd'hui trop bien établis pour que je veuille les rappeler : ce qu'il importe d'en savoir c'est qu'il agit désormais comme un corps irritant ; là où il apparaît se développe une néoformation inflammatoire, véritable fongosité qui s'étend dans le tissu envahi ; ce qu'il faut en savoir surtout, c'est que la nodosité tuberculeuse, étant un produit spécifique et virulent, infecte à son tour les surfaces et les régions voisines du point où elle a paru.

Autour de l'éruption tuberculeuse, l'inflammation prend un caractère chronique et diffus ; son extension par le fait de ces inoculations successives devient en quelque sorte illimitée.

Pour être déjà bien significatif, ce temps de l'évolution tuberculeuse n'est cependant que la première phase d'un processus dont la marche s'entoure d'incidents plus compliqués. D'un côté, les tubercules suivent une évolution qui les rend caséeux : ils se convertissent en foyers remplis d'une matière caséeuse et puriforme ou ils amènent une infiltration beaucoup plus étendue de la même substance.

D'autre part, une réaction inflammatoire plus ou moins vive marche de pair avec ces métamorphoses diverses. L'état bourgeonnant se développe démesurément dans les parenchymes voisins, il revêt différents caractères : ici, il est désorganisateur et destructif des éléments des tissus ; à côté, il suit, au contraire, une voie inverse, il aboutit à des adhérences, à des cicatrisations anormales, à une organisation de bon aloi, enfin. Ce dernier résultat est malheureusement une exception, et il ne se produit que là où cesse l'arrivée des éléments spécifiques. Or, la période de ramollissement du tubercule, la phase durant laquelle il se caséifie, me paraît la plus dangereuse à cet égard ; les liquides, qui sont le produit de ce ramollissement, par leur diffusion au milieu des éléments des tissus, déterminent une véritable inoculation tuberculeuse, et comme ils sont chargés de principes infectieux, le simple contact amène dans ces tissus une éruption miliaire nouvelle. Suivant la direction que prennent ces liquides on peut en quelque sorte fixer avec précision le siège de ces inoculations successives. On comprend de la sorte comment la paroi d'un abcès par congestion

présente un nombre infini de nodules tuberculeux, qui sans cesse se renouvellent à mesure que leurs aînés disparaissent par un ramollissement uniquement dû à leur âge.

Ai-je besoin de dire après cela que les fongosités tuberculeuses deviennent une source d'infection pour l'économie toute entière ? Dans la partie expérimentale de ce travail j'aurai l'occasion de mettre en relief ce point important.

On voit, en résumé, qu'à l'apparition du néoplasme tuberculeux dans les synoviales s'ajoute un processus d'inflammation diffuse, qui tient une place considérable, bien qu'il soit d'origine secondaire. La réaction inflammatoire est tantôt légère et à peine appréciable, tantôt excessive, luxuriante et organisatrice. Plus souvent elle est destructive et désorganisante. C'est à ce mélange confus et complexe de ces divers processus qu'on doit rapporter les caractères cliniques du tissu fongueux de provenance tuberculeuse dans les parties molles; dans les parties dures, il résume en quelque sorte les traits essentiels de ce qu'on appelait autrefois la carie scrofuleuse.

II. — Fongosités simples dans les arthrites.

J'en ai dit assez pour montrer sur quelle base différente repose la distinction anatomo-pathologique des fongosités ; mais cette distinction, cette désignation anatomique ne sauraient suffire pour répondre à tous les besoins de la nosographie. Dans un groupe assez nombreux d'affections étrangères les unes aux autres, qui n'ont de commun que le siège, les fongosités du premier type, que j'appellerai désormais simples ou inflammatoires, apparaissent avec une constance et offrent souvent un caractère d'opiniatreté qui pourraient prêter à la confusion. Aussi est-il indispensable de ne plus considérer exclusivement la notion anatomique et de faire intervenir la donnée d'étiologie ou de pathogénie.

Je n'ai pas le dessein de passer en revue toutes les variétés d'arthrites; je désire seulement faire ressortir les conditions particulières où se montre le tissu fongueux et établir par là les analogies ou les différences qui existent entre ce tissu et les véritables fongosités tuberculeuses. D'une manière générale, on peut dire que toute arthrite suppurative sera suivie du développement de fongosités si l'affection a une certaine durée. A ce titre, l'arthrite traumatique qui se prolonge en prenant une forme chronique est accompagnée d'un développement parfois considérable de granulations fongueuses. Les fongosités, ainsi que les métamorphoses que subissent en même temps les parties constituantes de la jointure, conduisent souvent à une destruction très étendue de l'arti-

culation; mais alors le rôle prépondérant est dévolu à l'inflammation chronique de la synoviale, qui se trouve favorisée et entretenue par une sério de causes sur lesquelles je n'ai pas à m'arrêter.

Les arthrites suppurées de l'ostéite épiphysaire, de l'ostéomyélite, qui forment une classe importante par leurs dangers immédiats et par ses suites, sont de tous points comparables à la précédente; la tendance à la formation des fongosités, à la destruction de l'articulation, y est aussi accusée et l'affection de l'os joue à l'égard de la jointure le même rôle que l'entrée de l'air chargé de produits virulents dans l'arthrite traumatique.

L'arthrite de l'ostéomyélite est, en effet, le résultat de l'ulcération des cartilages ou de la synoviale, et, par suite, de la pénétration des liquides purulents de l'os dans la jointure; à une période tardive un séquestre peut amener les mêmes effets.

Ces variétés d'arthrites, dont l'étiologie n'a rien de dissimulé ni d'obscur, ne sont pas seules à jouir du privilège d'avoir la fongosité pour un de leurs aboutissants. Il en est d'autres où l'on observe lo même résultat; elles se séparent des précédentes par ce fait que l'arthrite n'est plus qu'une manifestation locale d'une maladie beaucoup plus générale. Ces affections générales sont parfois des maladies infectieuses : telles que la fièvre puerpérale, la pyohémie, la morve, la scarlatine, la syphilis, la rougeole, la variole, la blennorrhagie, ou des maladies moins bien déterminées, telles que le rhumatisme articulaire, aigu et chronique, l'ataxie locomotrice. L'arthrite fongueuse qui se montre alors peut être précédée d'une inflammation promptement purulente; ce n'est pas une condition nécessaire toutefois, et dans un certain nombre do ces états pathologiques les fongosités se développent dans les synoviales sans être ordinairement précédées ni accompagnées par la suppuration. Au surplus il importe peu, la manifestation locale est d'ordre purement inflammatoire, et les fongosités qui en résultent sont immédiatement déterminées par cette dernière influence; aussi ne possèdent-elles aucune propriété spécifique. On ne saurait méconnaître néanmoins leur influence défavorable sur les cartilages articulaires et les épiphyses sous-jacentes; l'irritation qui se propage directement à ces organes, l'influence que la synoviale métamorphosée exerce sur leur vitalité, surtout sur celle des cartilages, l'action dissolvante du pus de l'articulation, les effets mécaniques enfin dûs à un développement considérable des granulations de la séreuse, toutes ces causes compromettent une articulation au point d'en détruire toutes les connexions. Mais alors même qu'une articulation est entièrement détruite, je crois qu'on ne doit pas assimiler ces phénomènes à ceux qui se passent dans la maladie tuberculeuse des jointures. La comparaison n'est

plus légitime en ce sens qu'un élément fait défaut dans l'un des deux rapports et que, par suite, il n'y a pas égalité. Il n'est pas jusqu'au langage lui-même qui ne doive s'en ressentir, et l'expression ancienne d'arthrocace ou celle plus récente, quoique également de vieille date, de tumeur blanche sont devenues aujourd'hui absolument impropres pour désigner l'ensemble des altérations articulaires dont je viens d'étudier l'origine. Faut-il les conserver pour l'état anatomique qui relève d'une tuberculose locale affectant les parties constituantes d'une articulation? L'avenir prononcera sur ce point; pour moi je ne donnerai pas en ce moment les raisons qui me portent à penser qu'il serait préférable de les rejeter en y substituant une donnée qui n'y laisse plus de vague et qui détruise l'abus qu'on en a fait.

III. — Examen succint de trente-huit autopsies.

Avant d'aborder l'étude de la tuberculose articulaire, qui fait l'objet de la seconde partie de mon sujet, permettez-moi de vous donner le compte-rendu analytique des faits dont elle procède; je laisserai de côté tout ce qui est accessoire dans la question. J'ai fait un examen aussi complet que possible de 38 autopsies qui se décomposent ainsi : Coxalgies, 11 — Maux de Pott, 8 — Tumeurs blanches du genou, 8 — Tumeurs blanches du coude, 4 — Tumeurs blanches tibio-tarsiennes, 3 — Ostéo-arthrite chronique du scaphoïde, 1 — Ostéo-arthrite du premier métatarsien et des articulations de Lisfranc, 1 — Spina-ventosa multiples des phalanges et des métacarpiens de la main, 2. Je ferai remarquer tout de suite que deux sujets atteints, l'un d'ostéo-arthrite du scaphoïde, l'autre de spina-ventosa de la main sont morts de variole et qu'un des coxalgiques (*coxalgie récente*) avec une autre spina-ventosa ont été frappés par le croup.

1° *Lésions viscérales.* — Bien que les altérations des viscères, poumons, foie, reins, ne rentrent pas dans le cadre que je me suis tracé, je ne puis néanmoins me dispenser d'en donner un court résumé, ne serait-ce que pour montrer les rapports des tuberculoses locales avec les manifestations du même ordre sur des organes plus importants et essentiels à la vie. Les poumons, le foie, l'encéphale et les reins sont les seuls organes dont il ait été fait l'examen.

Poumons.—24 fois ces organes étaient remplis de granulations et de tubercules aussi bien à leur surface que dans leur parenchyme. Chez huit autres sujets, qui avaient succombé aux atteintes du croup, de la variole, de la scarlatine ou à des méningites, il n'existait que fort peu de tubercules aux sommets des poumons;

c'étaient un, deux noyaux crétacés, ou quelques rares tubercules caséeux. Trois sujets ne présentaient absolument rien à un examen minutieux et enfin, chez les trois derniers, deux fois il existait une broncho-pneumonie suspecte ; le résultat du troisième n'a pas été consigné.

Encéphale. — L'encéphale a été atteint sept fois de tuberculose ; six fois elle était miliaire et occupait les méninges ; le septième sujet a succombé à deux énormes tubercules cérébraux proprement dits.

Foie. — Nous avons rencontré sur quatre sujets de véritables tubercules hépatiques ; le plus souvent miliaires et rares, les granulations occupaient la surface de l'organe ; elles soulevaient la capsule et pénétraient dans le parenchyme hépatique ; cependant, nous avons trouvé aussi quelques tubercules plus gros assez loin de la capsule de Glisson, particulièrement au voisinage du bord tranchant du foie. Les altérations les plus importantes présentées par le foie ont été la stéatose et la dégénérescence amyloïde. Je relève quatorze cas de stéatose ; six fois elle était excessive et occupait presque tout l'organe ; dans les autres exemples elle était partielle, et plus ou moins étendue. Enfin, nous avons constaté sept fois une dégénérescence amyloïde par les réactifs chimiques d'abord et par un examen histologique ensuite. Cet aperçu confirme les rapports qui existent entre la tuberculose et les altérations du foie. Depuis Louis, qui le premier a fait cette remarque, Rokitansky, Frerichs, ont bien mis en lumière ce rapport ; mais il faut l'avouer, il est fort difficile de séparer, dans beaucoup de cas, l'influence de l'altération des os de celle des poumons devenus eux-mêmes tuberculeux. Néanmoins, le rapport général de ces lésions avec la tuberculose n'en conserve pas moins son importance et son caractère.

Reins. — L'altération des reins s'est montrée dans la proportion d'un sur trois environ. Tantôt gras et tantôt amyloïdes, les reins nous ont présenté parfois une véritable néphrite, interstitielle avec congestion et augmentation du volume de ces organes ; dans d'autres cas il existait au contraire un certain degré de rétraction du tissu rénal.

Pour terminer enfin ce tableau statistique, nous avons rencontré quelquefois des ulcérations de l'intestin, et deux fois une dégénérescence amyloïde de ses parois.

Je n'ai pas le dessein de donner une description, même sommaire, des altérations osseuses ou synoviales de chacun de ces 38 faits : cette description aurait un sens trop vague et consisterait en de continuelles redites. En quelques mots pourtant, j'en résumerai le caractère et je procéderai par les lésions osseuses.

2° *Lésions des os.* — Le maximum d'intérêt de l'étude des lésions osseuses se trouve dans les épiphyses ; ces organes présentent suivant l'âge et l'étendue de la lésion une série de désordres que je ne veux qu'indiquer en ce moment, me réservant d'y revenir lorsque j'aborderai la marche naturelle du processus. A la période extrême d'une affection qui a duré plusieurs années, les épiphyses portent d'habitude la marque d'un travail de destruction plus ou moins étendu. Les cartilages qui les recouvrent sont ulcérés, détruits en partie ou en totalité; on en trouve parfois des fragments nécrosés dans la cavité articulaire. L'extrémité de l'os dénudée est plus ou moins recouverte de fongosités; elle est déformée par les ulcérations qui s'y sont produites ; une tête arrondie peut être réduite au tiers, au quart de son volume, elle a quelquefois disparu ; l'épiphyse d'une diarthrodie n'est plus plane, elle offre un plan très fortement incliné ; enfin on ne trouve plus de traces d'un condyle, d'une trochlée, etc.

A la colonne vertébrale un ou deux corps vertébraux ont cessé d'être, et ceux qui les surmontent ou qui les suivent, présentent encore des ulcérations superficielles ou interstitielles plus ou moins grandes.

On rencontre encore dans les épiphyses des cavités centrales, ouvertes dans l'articulation ou communiquant avec la surface de l'os par des trajets étroits ou larges ; autour de ces cavités, les aréoles sont agrandies. Tous ces espaces anormaux sont remplis d'une sanie purulente, d'une moelle ici plus vasculaire et là complètement décolorée, ailleurs gélatineuse. Dans les cavernes on trouve rarement un pus légitime ; plus ordinairement c'est une matière caséeuse, sèche ou imprégnée de sucs. Enfin, des séquestres mobiles ou encore adhérents, d'un volume très ténu ou plus gros et pouvant acquérir les dimensions d'une grosse noisette, occupent ces cavités, siègent dans une région quelconque, superficielle ou centrale de l'épiphyse, apparaissent encore dans la jointure, dans une cavité purulente de la surface de l'os. Un fait remarquable est relatif à la coloration de ces séquestres au moins dans les premiers temps de leur formation. Cette coloration, d'un jaune plus ou moins foncé, est produite par l'infiltration d'une matière caséeuse semblable à celle qui remplit les cavités de l'os ou qui occupe les tissus mous ambiants.

Les désordres s'étendent souvent aux diaphyses et à toute la longueur de l'os ; le canal médullaire s'agrandit, l'autre épiphyse présente un tissu beaucoup plus raréfié ; la moelle du canal central a pris une teinte plus foncée, elle est vineuse ; quelquefois au contraire elle est plus anémique, et dans d'autres circonstances elle a

subi une vieillesse anticipée, elle est liquide comme de l'huile épurée.

3° *Lésions des synoviales.* — Je serai très concis sur les lésions que présentaient ces membranes; elles étaient envahies par le tissu fongueux à des degrés plus ou moins accusés. Il en résultait des altérations qui, dans les cas récents, ne consistaient qu'en des lésions minimes [1], tandis que dans les faits anciens les désordres avaient amené la destruction des parties à ce point que l'*appareil de conjonction* avait cessé d'exister. Maintes fois, à l'œil nu, par un examen attentif, nous avons reconnu sur la face interne de cette membrane les tubercules sous leur forme miliaire. Ils se montraient disséminés sur les végétations et, dans d'autres circonstances, réunis en groupes presque confluents. En même temps les synoviales présentaient dans les couches externes, tantôt des amas caséeux, tantôt de véritables abcès. Ces abcès circonscrits par une membrane spéciale, composée d'un nombre infini de nodosités tuberculeuses, venaient quelquefois s'ouvrir loin de l'articulation. Ainsi, par exemple, dans plusieurs autopsies de coxalgie, les trajets fistuleux provenant de l'ouverture de ces abcès et communiquant avec la hanche, s'ouvraient à la partie moyenne de la cuisse ou en arrière dans la fesse; nous avons trouvé de même plusieurs abcès articulaires du genou ouverts au-dessus du quart inférieur de la cuisse ou en arrière à la partie inférieure du creux poplité. Véritables abcès par congestion, ces abcès peuvent être considérés en quelque sorte comme une extension du sac synovial, une hernie externe de ce sac; la membrane limitant la cavité de l'abcès se continue en effet avec la synoviale modifiée et toutes les deux sont infiltrées de tubercules élémentaires.

Dans ces fongosités, les formations miliaires se présentent avec la contexture anatomique du tubercule, nodules simples pourvus ou non pourvus de cellules géantes, voués à une caséification plus ou moins prompte, selon l'état de la synoviale voisine. Il importe, en effet, de faire ressortir qu'à côté des régions caséeuses ou envahies par les granulations miliaires, il existe souvent de véritables exsudats inflammatoires, des végétations de même ordre dépourvues de la présence de tout nodule tuberculeux. Ce mélange des deux processus peut conduire à une fausse interprétation des lésions, si on ne prend soin de faire porter l'examen sur tous les points.

L'étude histologique des synoviales et de la paroi des abcès qui en partent nous a toujours fait reconnaître les mêmes caractères

[1] On peut consulter à ce sujet mon travail sur la *Tuberculose osseuse*, Paris 1881, p. 117 et 118.

anatomo-pathologiques ; les examens ont porté sur vingt et un des sujets précédents. Deux exemples de mal de Pott nous ont également présenté des granulations caséeuses de la face externe de la dure-mère.

IV. — Expérimentation.

A propos de l'examen des lésions cadavériques présentées par les sujets de ces trente-huit observations, j'ai fait un exposé des résultats aussi rapide que possible, voulant mettre en lumière seulement l'ensemble des lésions, tout en me réservant de revenir sur la nature du mal considéré en lui-même et dégagé du processus qu'il engendre.

En ce moment, c'est la reconstitution d'un échafaudage que je vise, et ici je ne craindrai pas d'accumuler les preuves, pour donner à la démonstration le caractère d'évidence qu'elle me semble avoir aujourd'hui. Dans cette tumeur blanche parvenue à la période ultime, les lésions initiales ont, en effet, disparu, et on n'y trouve plus qu'une série d'états et de détails anatomiques d'apparences très différentes, quoiqu'en réalité moins complexes, où on n'aperçoit pas tout d'abord un lien unissant qui permette d'en embrasser tous les effets. Ce lien unissant, cause provocatrice et persistante des désordres, c'est le tubercule dont l'apparition initiale et les éclosions successives constituent l'enchaînement des phases diverses du processus.

La preuve de l'existence du tubercule, au début comme plus tard, est surabondamment fournie par l'examen anatomique des tissus ; avec une certaine habitude, on le reconnaît souvent à l'œil nu sur la synoviale et dans les os eux-mêmes. Au microscope, on découvre que les granulations miliaires sont constituées par des nodosités plus élémentaires. Lorsque Köster fit cette découverte et annonça la présence de ces nodules dans les fongosités des trajets fistuleux, il ne dissimula pas son embarras, les considérant comme tubercules d'une part, et reconnaissant en même temps combien le pronostic de la tuberculose devait changer. N'était-on pas élevé dans cette idée que la tuberculose est une maladie pour ainsi dire fatale, et pouvait-on tout bonnement donner au pronostic une pareille étiquette, en présence de ces guérisons journalières auxquelles on assistait ?

Les hésitations naquirent, les scrupules s'élevèrent et, par une réaction trop naturelle, on arriva à penser que ces nodosités n'avaient aucun caractère spécifique. Le faux tubercule que M. Martin, en France, produisit plus tard artificiellement, vint

encore étayer sur quelque apparence de raison les doutes exprimés et ajouter à la défaveur qui s'adressait à la doctrine de la spécificité. Mais l'expérimentation devait trancher la question.

On sait que l'inoculation de la matière tuberculeuse entrevue par Laënnec[1] a été définitivement démontrée par les belles expériences de M. Villemin[2]; je ne les rappellerai pas, et, pour ne pas m'éloigner de mon sujet, j'établirai ainsi la question : les fongosités articulaires de la tumeur blanche, les foyers caséeux de l'os, les membranes des abcès qui en partent, jouissent-elles de propriétés spécifiques ou n'ont-elles que les attributs d'un produit inflammatoire simple?

La réponse est faite aujourd'hui. Les expérimentations ont été multipliées; en Allemagne, Max Schüller[3], devancé d'ailleurs par Karl Rokitansky, a fait d'importantes recherches sur ce sujet; ses expériences, bien conduites, très nombreuses et très variées, lui ont démontré que l'inoculation des fongosités synoviales et osseuses de la tumeur blanche, donnaient des résultats identiques à ceux fournis par l'inoculation du tubercule pulmonaire, du lupus et des produits caséeux des glandes lymphatiques. R. Volkmann[4], C. Hueter[5] et Fr. König[6] étaient arrivés à émettre sans réserve la même opinion, à la suite de leurs études sur les processus des phlegmasies articulaires fongueuses chez l'homme.

Conduit par ses expériences aux mêmes conclusions, M. Kiener[7], en France, a pu également affirmer la spécificité des fongosités articulaires et de leurs produits caséeux.

Me sera-t-il permis à mon tour de dire que je suis depuis longtemps convaincu qu'on doit abandonner toute distinction dans les lésions dites scrofuleuses et tuberculeuses des os et admettre uniquement ces dernières. Le résultat de quelques expériences entreprises en 1880 et 1881 n'aurait pu que dissiper mes doutes, s'il m'en était resté. — Je ne donnerai ici qu'un compte rendu sommaire de ces expériences.

[1] *Traité de l'auscultation médiate*, édition de la Faculté de médecine de Paris, p. 425.

[2] Villemin, *Études sur la tuberculose*, Paris, 1868.

[3] Max Schuller, *Experimentelle und Hist. untersuchungen über die Enst. und Ursache der Scrof. und Tubercul. Geleakleiden ;* 1880.

[4] Fr. König, *Die Tuberculose der Gelenke*; Deutsch Zeitsch. f. Chirurg., Bd II, p. 531.

[5] C. Hueter, *Verhandlungen der Greifsw. medicinischen Vereinen aus dem Jahre*, 1 X 77/78.

[6] R. Volkmann, *Uber den Charakter und die Bedeutung der fungösen Gelenkentzündungen ;* Samml. Klin. Vortr., n°s 168 et 169, 1869.

[7] Kiener, *Rapports de la scrofule et de la tuberculose ;* Soc. méd. des Hôpitaux, séance du 11 février 1881

Elles portent sur onze lapins que nous avons fait vivre dans une grande cage au milieu d'un jardin. Le procédé employé a été le suivant : immédiatement après avoir enlevé la paroi d'un abcès symptomatique ou les fongosités articulaires sur un sujet vivant, on triturait au pilon ces fongosités dans une dissolution chimique au septième d'eau pure chargée de chlorure de sodium. Le liquide de cette trituration était filtré et on en injectait immédiatement environ 5 centimètres cubes, tantôt dans le péritoine de l'animal, tantôt dans le péritoine et dans les articulations du genou, du coude.

8 *décembre* 1880. — Un sujet atteint de coxalgie ancienne avec abcès par congestion a servi à l'inoculation. La paroi de l'abcès, après avoir été excisée, a été triturée et broyée au pilon dans l'eau salée. — Le liquide filtré a été injecté dans l'abdomen de quatre lapins ; de plus trois d'entr'eux en ont reçu dans l'articulation du genou gauche.

Premier animal. — Mort au bout de cinquante jours. — On trouve de nombreuses granulations dans l'épiploon, elles suivent les vaisseaux. Les ganglions lymphatiques gastro-hépatiques sont volumineux; l'un d'eux est caséeux. Le foie présente quelques granulations à sa surface. Les poumons sont farcis de tubercules.

Second lapin. — Mort en partie dévoré par les rats.

Troisième animal. — Il a été tué cinquante-deux jours après l'expérience. Son genou a pris depuis trois semaines environ un gonflement considérable ; il y a un vaste abcès. Cet abcès, au moment où l'animal est tué, est rempli de pus caséeux ; l'articulation est détruite et remplie de fongosités exubérantes; les os sont ulcérés. Au microscope, on reconnaît des granulations miliaires dans les fongosités. Dans l'abdomen, il existe aussi des granulations tuberculeuses dans l'épiploon et sur le péritoine pariétal, en regard de la piqûre. Les poumons présentent des noyaux tuberculeux.

Quatrième lapin. — Il a été sacrifié soixante-cinq jours après le début de l'expérience. On trouve dans l'abdomen seulement quelques granulations suspectes; la synoviale du genou est panneuse, les cartilages sont érodés. Poumons sains.

9 *février* 1881. — Ce même jour j'ouvris une collection froide reposant sur la tubérosité interne du tibia et communiquant avec l'articulation du genou dont la synoviale était très fongueuse. Des lambeaux de cette synoviale et une portion de la paroi de l'abcès sont triturés dans l'eau salée. Le liquide est filtré et on le fait servir à cinq lapins.

Premier animal. — Le 9 février, inoculation dans le ventre de 0,05 centimètres cubes de liquide filtré. Tué le 27 avril. Il existe

une quantité de petits tubercules sur l'épiploon le long des lymphatiques. Plusieurs granulations se voient sur l'intestin grêle.

Deuxième animal. — Même expérience. L'animal est sacrifié le le 23 juin c'est-à-dire quatre mois et quatorze jours après l'inoculation. Au niveau de la piqûre, sur le péritoine, on remarque un agrégat de granulations jaunâtres grosses comme la moitié d'une tête d'épingle, proéminentes; il en est aussi qui infiltrent la paroi abdominale en dehors du péritoine. Il y a quelques granulations dans le mésentère ; mais ce qui est plus remarquable ce sont les ganglions lymphatiques de l'épiploon gastro-hépatique. Ils sont infiltrés de granulations jaunâtres comparables à celles de la paroi. On trouve ce même aspect dans d'autres ganglions ; foie, rate, sains. Les poumons sont criblés de tubercules à la surface, ces noyaux pénètrent dans le parenchyme pulmonaire. Le lapin cependant présentait les apparences d'une bonne santé.

Troisième lapin. — Même expérience ; injection dans le ventre. Animal tué le 23 juin également. Rien dans la paroi abdominale; dans l'épiploon gastro-hépatique un gros ganglion est plein de caséum. Dans le mésentère on aperçoit des granulations grises demi-transparentes le long des vaisseaux. A la coupe du foie, on trouve quelques noyaux durs jaunâtres avec un point central caséeux.

Quatrième lapin. — Sacrifié le 25 juin; il ne présente aucune altération.

Cinquième lapin. — Injection dans l'abdomen et dans le genou gauche. L'animal est tué le 25 juin. Il est très maigre. Les poumons sont manifestement tuberculeux. Au niveau du genou existent deux trajets fistuleux qui conduisent dans l'articulation; ce lapin avait présenté en effet de vastes abcès froids péri-articulaires environ un mois après l'inoculation ; ils se sont ouverts spontanément. L'articulation est détruite en grande partie, les cartilages sont ulcérés et il existe des ulcérations épiphysaires avec des amas caséeux. L'examen histologique des fongosités y a démontré l'existence de nombreuses granulations.

14 *février* 1881. — A cette date, j'excise un abcès par congestion provenant d'une coxalgie datant de deux ans et demi. Après avoir enlevé les parois de l'abcès, on les triture dans un mortier de pharmacie en les mélangeant à la dissolution au septième d'eau chargée de chlorure de sodium. On en injecte cinq centimètres cubes après filtration du liquide, dans le ventre, et dans un genou de deux lapins.

Premier animal. — Mort le 12 avril. Les poumons sont tuberculeux: il existe aussi des granulations dans le ventre et des produits caséeux dans les ganglions abdominaux gastro-hépatiques. L'articulation du genou est très intéressante. Sous la peau au-devant de

l'articulation, il existe une couche de granulations jaunâtres, arrondies, agglomérées ; cette couche repose sur le tissu fibreux. Dans l'articulation on trouve les mêmes granulations mais en plus petit nombre sur la synoviale; enfin il y a une légère érosion des cartilages; la synoviale est épaisse et très vasculaire.

Deuxième animal. —Il a été l'objet de la même expérience, mais il n'a rien présenté, et lorsque nous l'avons sacrifié, le 29 juin, quatre mois et demi après l'expérience, nous n'avons rencontré aucune lésion viscérale ni articulaire.

SECONDE PARTIE

I. — Tuberculose articulaire ; ses origines.

L'opinion est assez unanime sur ce point : les cartilages articulaires échappent à l'envahissement tuberculeux primitif ou secondaire. Proposition peut-être beaucoup trop absolue qui réclame encore de nouvelles recherches. L'immunité du tissu cartilagineux n'est peut-être pas aussi complète qu'on le prétend; en effet, le professeur Hayem [1] a signalé en 1865 un exemple concluant de tuberculose des cartilages costaux, et, en 1866, M. Lediberder [2] a donné la relation d'une cavité cartilagineuse du condyle interne du fémur pleine de matières concrètes, chez un enfant tuberculeux. Nous avons également eu l'occasion d'observer deux exemples d'abcès tuberculeux dont le point de départ était les cartilages costaux. Mais, jusqu'à nouvel ordre, la question est jugée dans un sens contraire.

Il ne reste donc plus que les épiphyses et la synoviale; ces organes seront examinés l'un après l'autre.

II. — Tuberculose primitive des synoviales.

Il est hors de doute aujourd'hui que le tubercule peut apparaître primitivement sur les synoviales articulaires, saines jusque-là. Pour mettre cette proposition au-dessus de toute contestation il suffit d'invoquer les faits complètement observés, où l'on a étudié avec soin les synoviales et les autres parties constituantes de la jointure, c'est-à-dire les épiphyses. Une observation déjà ancienne de Cornil [3] restée inaperçue, est concluante à cet égard. La syno-

[1] Hayem. Abcès symptomatique d'une affection tuberbuleuse des cartilages costaux. *Bull. soc. anat.*, 1865, p. 424.

[2] Lediberder. *Bull. soc. anatom.*, 1866, p. 409.

Archives de physiologie normale et pathologique, 1870, p. 325.

viale du coude d'un sujet phtisique était farcie de nombreuses granulations miliaires, les épiphyses articulaires étaient saines. Quelques années plus tard, en 1876, M. Laveran communiquait à la Société médicale des hôpitaux un fait important de localisation tuberculeuse sur les articulations simulant un rhumatisme d'abord, promptement suivie de tuberculose aiguë pulmonaire à forme asphyxique.

De nouveaux faits s'ajoutent; déjà M. Roux, élève de M. Ollier, avait fait une publication sur l'arthrite tuberculeuse, puis M. Verneuil inspirait M. Bourdelais, auteur d'une thèse où il insistait sur la coïncidence de l'arthrite fongueuse avec les tuberculisations viscérales et en particulier avec la tuberculose génito-urinaire; enfin moi-même, en 1878, par de nouveaux faits, je cherchais à intéresser votre compagnie sur ce sujet. On trouve dans l'article de M. Brissaud sur la tuberculose articulaire parue en 1879 dans la *Revue mensuelle* de nouvelles observations et une excellente étude de la question. Mais avant ces publications, il avait paru en Allemagne de remarquables recherches sur ce point. Köster avait découvert dans le tissu fongueux une forme du tubercule plus élémentaire que la granulation miliaire do Laënnec et il constatait en même temps que les fongosités articulaires en étaient farcies. Dans les observations qu'il rapporte, il en est qui paraissent appartenir à une synovite primitive, je veux dire par là que le siège initial du tubercule a été la synoviale, en dehors de toute participation des épiphyses. Quant aux sujets atteints, ils étaient souvent tuberculeux, mais non toujours.

Ainsi le jugement à formuler sur ce point s'impose. Les synoviales articulaires, de même que toutes les gaines de même ordre, ainsi que M. Trélat vient de le mettre en évidence dans une récente publication, sont le siège de néoformations tuberculeuses indépendamment de toute altération épiphysaire de même nature.

III. — Tuberculose osseuse.

Il semblerait que la démonstration définitive d'un fait de cette importance eût dû contribuer à étayer la doctrine de l'arthrite fongueuse au point de la rendre inébranlable ; il n'en a rien été pourtant. Cette doctrine, on le sait, est celle de la tumeur blanche ; elle veut que l'inflammation, une inflammation chronique et diffuse, n'ayant rien de spécifique d'ailleurs, débute par la synoviale.

Le processus irritatif transforme et dénature cette membrane, il la rend granuleuse et fongueuse. Les fongosités, à leur tour, agissent défavorablement sur le cartilage et sur l'os ; elles détruisent l'un et l'autre, et cela se passe au milieu d'incidents de toutes sortes

que je n'aborderai pas, parce qu'ils ne doivent occuper ici qu'une place secondaire; ce sont des corollaires dignes d'intérêt, mais accessoires pour le fond.

Le crédit de cette doctrine était absolu en Allemagne jusqu'à ces dernières années; Billroth, Volkmann, malgré quelques petites réserves, C. Hueter lui avaient donné la sanction de leurs recherches et de leurs publications.

En France, il faut le reconnaître, on était beaucoup moins absolu; un esprit national plus réservé, puisqu'il ne s'appuyait pas uniquement sur une seule donnée, d'une meilleure logique, puisqu'il accordait à l'observation clinique des droits que lui avait enlevés une anatomie pathologique tardive, avait toujours maintenu les distinctions admises par tous nos devanciers. Que l'on parcoure en effet les dernières descriptions de la tumeur blanche depuis le remarquable traité de Bonnet, on y voit sans cesse rappelée la distinction entre les arthropathies d'origine osseuse et celles dont la synoviale est le point de départ.

En ces termes, la formule est même trop vague, ce n'est pas assez dire et comme il vient d'être établi que la tumeur blanche débute quelquefois par une synovite tuberculeuse, j'ajouterai que cette dernière forme est rare et presque exceptionnelle à côté de celle où les os sont atteints les premiers.

Ce serait abuser des moments de la Société de chirurgie que de lui donner les raisons sur lesquelles repose cette opinion; mais ma conviction sur ce point est tellement profonde que je ne crois pas trop m'avancer en disant : L'affection, à son début est presque toujours une ostéite, une ostéite tuberculeuse; la jointure ne se prend que dans un second temps. Cette proposition est aujourd'hui celle de Volkmann, et des derniers auteurs allemands.

Les altérations initiales de la tuberculose se présentent dans les épiphyses sous la forme de lésions circonscrites uniques ou multiples, et de lésions diffuses plus ou moins étendues.

1° *Lésions circonscrites.* — Cette forme est infiniment plus commune que l'autre; les altérations osseuses limitées et de faible étendue, se montrent sous deux aspects opposés. La coupe de l'épiphyse révèle une tache jaune ou jaunâtre, opaque, sèche, parfaitement délimitée, c'est le premier aspect; elle découvre une petite cavité entourée de tissu osseux sain ou n'ayant subi qu'un très léger degré de raréfaction; cette cavité contient une moelle plus pâle et quelquefois à peine décolorée, c'est le second.

La tache jaune correspond à une certaine épaisseur de tissu osseux; ce tissu altéré de couleur a conservé la plupart de ses caractères physiques, sa consistance, son épaisseur; mais les vaisseaux n'y sont plus perméables et ses mailles sont infiltrées de subs-

tance caséeuse. J'ai fait représenter plusieurs de ces foyers dans mon premier travail sur la tuberculose osseuse. La continuité à la limite du foyer n'est pas encore interrompue; mais le tissu périphérique excentrique à la tache jaune a le plus souvent subi quelques modifications, sa teinte est parfois grise, sa densité est plus grande, il forme une zone qui se perd insensiblement dans l'état normal. Lorsque les lésions sont plus avancées, le foyer jaune devenu un séquestre, se sépare par un processus de démarcation; des granulations fongueuses l'entourent, ces granulations se répandent dans le tissu osseux voisin, qui est le siège d'une ostéite raréfiante dans laquelle la moelle présente des altérations secondaires : état gélatiniforme, état huileux, etc.

J'ai déjà dit qu'au lieu de l'apparence précédente les lésions du début consistaient dans une ou plusieurs cavités; ces petites cavités s'agrandissent par destruction osseuse de leurs bords et la moelle qu'elles renferment devient caséeuse; autour d'elles tout peut rester dans l'ordre, c'est l'exception; d'habitude, des granulations se développent et l'évolution ultérieure suit dès ce moment la même marche que dans le cas précédent. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'examiner des cavités de cette nature, de différentes grandeurs, dont la capacité était celle d'une lentille, d'un pois, d'une noisette; c'est dans le mal de Pott qu'on les rencontre le plus souvent, et on les trouve sur des vertèbres qui ne participent pas à la destruction qui forme la gibbosité. Elles montrent bien alors les phases initiales du processus.

Je serai bref sur le siège des divers foyers; ils occupent indistinctement toutes les régions de l'épiphyse; leur situation est tantôt centrale, et tantôt périphérique ou sous-périostée. On les rencontre sous le cartilage d'encroûtement et plus souvent encore aux abords du cartilage épiphysaire; ce dernier siège explique, lorsque les foyers sont considérables comment une épiphyse entière, la tête du fémur par exemple, ou une portion d'une épiphyse, peut être entièrement séparée du reste de l'os. Enfin il peut exister deux ou plusieurs foyers même au début. Les apophyses en présentent quelquefois des exemples et, chez un même sujet, on peut trouver plusieurs épiphyses ainsi altérées.

2° *Infiltration diffuse.* — Elle s'observe beaucoup moins communément; étendue à une portion considérable d'une épiphyse, à tout le corps d'un métacarpien, d'une phalange, à une portion considérable du calcanéum, cette infiltration jaunâtre se compose d'îlots arrondis qui se joignent, bref elle offre les mêmes caractères que précédemment; mais une évolution plus intense, une caséification plus rapide, amènent la formation plus prompte de séquestres qui sont alors volumineux.

Ce sont là les premières altérations où les caractères de la tuberculose sont certains, car on trouve dans les petites cavités des nodules arrondis où se groupent les cellules épithélioïdes et lymphoïdes propres au tubercule de Köster. Les taches jaunes ont la même origine, mais ici l'état caséeux indique déjà une période plus avancée des granulations miliaires qui infiltrent l'os.

L'évolution ultérieure du processus et la marche de la maladie fournissent une preuve bien évidente du caractère infectieux de ces altérations.

IV. — Marche de l'ostéite tuberculeuse. — Envahissement de la jointure, arthrite réactionnelle et spécifique.

Un foyer tuberculeux isolé dans une épiphyse peut sommeiller longtemps, des années, sous la forme où il s'est montré d'abord ; il y séjourne à l'état latent.

C'est qu'en effet, les suites du mal sont subordonnées à ce qui se passe autour de lui, et elles dépendent pour ainsi dire exclusivement de l'influence que le foyer tuberculeux exerce sur les parties voisines.

Une terminaison heureuse peut même se produire dans les cavités tuberculeuses ou dans les petites infiltrations de même nature; les phénomènes ne sont pas, à cet égard, différents dans les os de ce qu'ils sont sous la peau, dans les poumons, dans les autres organes; aussi ne m'attarderai-je pas sur le travail de réparation qui se produit alors, et je me bornerai seulement à donner un exemple manifeste de guérison naturelle sans incidents particuliers extérieurs Un jeune sujet était atteint de spina ventosa sur une des phalanges de trois doigts. Une da ces ostéites aboutit à un abcès tuberculeux dont nous examinâmes la paroi, elle était farcie de tubercules. Les ostéites des deux autres doigts suivirent une marche meilleure; leur guérison se fit spontanément dans un espace de dix mois. Je suis l'enfant depuis plus de trois ans, il est parfaitement guéri. Les faits du même ordre, sur d'autres points du squelette, ne sont pas rares.

Néanmoins, la résolution du mal, la cicatrisation des cavernes, les transformations du néoplasme tuberculeux en tissu conjonctif et fibreux sont loin d'être la règle, et on trouve l'explication de ce fait dans la nature virulente des éléments de la matière tuberculeuse.

Dès qu'il est formé, le foyer tuberculeux devient un danger pour les tissus qui l'entourent; ceux-ci sont menacés parce qu'ils sont exposés à l'inoculation. Aussi le péril est-il infiniment plus grand que lorsqu'il s'agit d'un séquestre vulgaire, d'un abcès os-

seux ordinaire; ici, l'influence nocive se mesure à l'irritation que produit le séquestre ou aux désordres de l'abcès. Il n'en est plus de même dans le foyer tuberculeux. Lorsque l'infiltration caséeuse passe à la période de ramollissement, les liquides qui en résultent s'enkystent ou s'infiltrent dans les parties environnantes. Mais la membrane d'enkystement n'est plus la membrane celluleuse d'un abcès ordinaire, elle en diffère en ce qu'elle est remplie de granulations miliaires ; c'est en réalité un abcès tuberculeux.

Le tissu osseux qui confine au séquestre est dans le même cas ; il est infiltré de granulations miliaires provenant de l'inoculation.

Volkmann a émis l'opinion que les cas les plus favorables sont ceux où la matière caséeuse conserve sa sécheresse et reste cohérente, je la crois très fondée; les faits dans lesquels un séquestre se sépare promptement en s'entourant d'un couche purulente, me paraissent, au contraire les plus dangereux. Le pus qui entoure le séquestre est en effet rempli de produits infectieux dont l'origine est dans le ramollisement du tubercule et ses produits agissent sur les parties environnantes comme des agents d'inoculation. Mais je crois utile de revenir en y insistant sur le point suivant. Un foyer tuberculeux d'une forme anatomique quelconque peut persister longtemps, peut-être plusieurs années dans un os, sans amener de changements dans les parties voisines. J'ai fait représenter, sur deux planches, des foyers tuberculeux du type le plus parfait. Une portion considérable du tissu osseux des épiphyses était infiltrée de substance caséeuse. Le tissu osseux de cette infiltration ne contenait plus un seul vaisseau perméable, il avait perdu par conséquent toute vitalité, c'était un séquestre. Or, il n'existait à la limite de ce séquestre aucune trace de réaction, rien qui indiquât un commencement d'ostéite de démarcation. Je n'hésite pas à croire qu'un pareil état peut persister longtemps sous cette forme. Au surplus, que les métamorphoses inhérentes au ramollissement du tubercule s'accomplissent avec précipitation ou tardivement, cela ne change pas les conditions locales dans lesquelles se produit l'infection. Celle-ci a pour cause le contact des tissus avec les liquides contenant les principes tuberculeux. Si ce contact a lieu à la surface de l'os, il se développe un empâtement des parties molles, première étape vers la formation d'un abcès dont la paroi se fait remarquer par la présence de nombreuses granulations miliaires : l'abcès est tuberculeux d'origine et de constitution ; ses rapports avec la lésion primitive de l'os sont directs.

L'arrivée des éléments purulents sur la synoviale réfléchie autour des épiphyses, détermine dans cette membrane des effets du même ordre. La vascularisation de la séreuse s'accroît ; sa couche celluleuse s'infiltre de matières plastiques; la nodosité tubercu-

leuse y apparaît en même temps. Ce mécanisme explique bien pourquoi l'épaississement de la synoviale débute, dans la tumeur blanche, par la périphérie des os, et comme il se fait d'habitude avec lenteur, on ne doit pas s'étonner de le voir cantonné pendant un certain temps dans les régions limitrophes du foyer qui lui a donné naissance. Le foyer occupant la malléole du tibia, par exemple, l'engorgement synovial apparaîtra d'abord dans les culs-de-sac placés en avant et en arrière de cette éminence et la région malléolaire externe ne présentera que plus tard les traces d'un épaississement.

La synoviale subit dès lors ce qu'on convient d'appeler la transformation fongueuse; les fongosités sont spécifiques en ce sens qu'elles jouissent de propriétés virulentes.

Les articulations peuvent être envahies de plusieurs autres manières. Brusquement et pour ainsi dire à l'improviste, il s'y fait un épanchement de pus, de matière tuberculeuse, il y tombe un séquestre cartilagineux ou osseux. Une condition préalable doit alors être remplie, la destruction partielle du cartilage d'encroûtement.

Dans un autre ordre de faits, l'ulcération des cartilages est déterminée par les fongosités de l'os ; ces fongosités pénètrent comme un bouchon à travers une perforation; elles provoquent dans l'articulation une irritation qui peut être simple ou spécifique.

Enfin, je me demande encore si les liquides infectieux ne peuvent pas arriver dans l'intérieur de l'articulation par d'autres voies, celle des lymphatiques par exemple.

Quel qu'en soit d'ailleurs le mécanisme, une arthrite en est la conséquence. Aiguë, suraiguë même parfois, et promptement suppurative alors, cette arthrite sera, dans d'autres circonstances, beaucoup plus modérée, à peine reconnaissable.

C'est une arthrite de réaction eu égard à la cause qui l'engendre, c'est aussi tout d'abord une athrite exsudative, plastique ou purulente, si l'on ne tient compte que des lésions anatomiques qui se révèlent dans la synoviale. Mais plus tardivement, la synoviale altérée sera à son tour l'objet d'inoculations tuberculeuses, car les produits infectueux, qui ont pénétré dans la jointure, n'ont pas perdu leurs propriétés virulentes. Des granulations millaires pourront germer dans les exsudats, à la surface interne de la synoviale, dans ses couches plus externes enfin. L'arthrite *réactionnelle* se compliquera d'une arthrite spécifique et ce mélange des deux processus inflammatoire et virulent explique la diversité d'aspect des lésions de la synoviale dans ces circonstances.

Les désordres vont prendre une nouvelle extension; le foyer tuberculeux primitif occupait une épiphyse, le mal a gagné la

synoviale; il siège aussi dans l'intérieur de la jointure, dès ce moment, l'autre partie constituante de l'articulation, la seconde épiphyse est ménacée. L'action des liquides articulaires sur son cartilage d'encrotement, l'influence bien autrement active des fongosités sur son tissu osseux, ne tarderont pas à y faire naître des altérations étendues et complexes. Étendues, parce que le tissu osseux de l'épiphyse est attaqué de tous les côtés par les fongosités qui le pénètrent en le raréfiant; complexes, parce que leur nature relève à la fois de l'intervention d'un agent virulent et de causes multiples d'irritation. Ajoutons-y encore l'influence exercée par la pression des surfaces articulaires l'une contre l'autre que Busch et Volkmann ont si bien mise en évidence.

Le processus destructeur occcupe maintenant toute l'articulation; il a pris entière possession de tout le champ articulaire.

J'ai plusieurs fois fait la remarque que les désordres étaient plus étendus en surface et plus diffus dans l'épiphyse envahie en second lieu, tandis qu'ils étaient plus profonds et même plus limités dans celle qui avait été le point départ de l'infection. Enfin, sur les deux épiphyses, les altérations sont d'habitude plus prononcées dans les points qui se correspondent et qui se touchent, nouveau témoignage en faveur de l'inoculation et de l'influence qu'exerce la pression des parties l'une contre l'autre.

Pour achever cette étude, j'aurais encore à passer en revue les transformations caséeuses des fongosités, à montrer l'envahissement des organes placés en dehors de l'articulation, à décrire les abcès articulaires externes sessiles et par congestion, à faire voir comment ces abcès sont tantôt en communication avec la jointure, pouvant alors être considérés comme de nouveaux sacs synoviaux, et tantôt indépendants de la cavité articulaire. Mais ces divers points de vue ont été sommairement indiqués dans ce travail et exposés plus longuement dans mon mémoire sur les abcès tuberculeux.

Je n'aborderai donc qu'un dernier côté de la question qui présentera le tableau précédent sous un jour beaucoup moins assombri et également vrai. L'ordre de succession des lésions est loin d'être toujours aussi fatal, leur enchaînement n'est pas aussi constant, le mal s'arrête parfois, souvent même. Dans ces temps d'arrêt, de grand efforts de réparation se montrent sous plusieurs formes. Les produits tuberculeux dégénérés sont expulsés ou résorbés, les tubercules eux-mêmes, ainsi que l'a bien démontré M. Grancher, sont susceptibles d'une métamorphose de bon aloi; d'un autre côté, les exsudats inflammatoires, les fongosités simples, devenus des tissus plus élevés établissent des adhérences et comblent les vides existants. Il n'est pas jusqu'à des néoformations osseuses qui ne puissent aussi se produire et une ankylose est

alors l'aboutissant naturel de ce travail réparateur. Cet ensemble de conditions donne au pronostic un caractère favorable qu'il était nécessaire de lui rendre, après avoir tant insisté sur les fâcheuses influences qui convergent toutes vers l'extension des désordres.

V. — Conclusions.

Ce ne sera que sous forme de conclusions pratiques que je parlerai du traitement et de l'intervention chirurgicale.

L'ostéo-arthrite tuberculeuse, tel est le nom qui a mes préférences pour de nombreuses raisons, se présente sous deux formes cliniques correspondant à deux âges du mal, qui me paraissent réclamer des indications thérapeutiques différentes.

Dans la première, l'affection est presqu'à l'état latent et elle ne se révèle qu'environnée d'une certaine obscurité : la synoviale est à peine tuméfiée ou n'est pas prise, l'épiphyse n'est sensible ou douloureuse que dans un point, dans une région. Ces caractères sont insuffisants pour connaître et apprécier le siège du foyer, son étendue, ses rapports avec les cartilages et la jointure. Une intervention alors nous paraîtrait un peu téméraire; elle n'est pas encore justifiée. Le repos absolu, l'immobilité longtemps prolongée de la partie atteinte, une bonne position du membre, l'éloignement des surfaces articulaires pour vaincre la douleur, les contractures et éviter les effets désastreux de la pression, la révulsion en regard de la lésion, les meilleures conditions hygiéniques, les reconstituants médicamenteux et alimentaires, tels sont les principaux moyens à utiliser avec discernement pour conjurer et enrayer l'évolution du mal.

Si, malgré leur emploi, la synoviale se prend et devient graduellement et progressivement fongueuse, on peut recourir au concours de méthodes nouvelles, la compression articulaire, l'immobilisation absolue, l'ignipuncture de M. Richet, les injections interstitielles de M. LeFort, les injections intra-articulaires même recommandées par M. Sée.

Dans une seconde phase, il apparaît une complication importante désormais, pleine de périls et source de nouveaux dangers. C'est l'abcès extérieur à l'articulation, sessile ou par congestion. Cet abcès se rattache à la synoviale ou à l'os. L'intervention chirurgicale s'impose à mon sens. L'ablation de l'abcès doit être tentée et l'emploi de la bande d'Esmarch rendra cette exécution facile. Mais après avoir enlevé l'abcès par la décortication ou par le grattage, on n'aura fait qu'une œuvre incomplète.

Il importe de découvrir les origines de l'abcès, recherche facile

d'ailleurs. On aura sous les yeux, tantôt une ulcération superficielle de l'os et tantôt une perforation étroite, une fistule plus large. Il est indiqué de pénétrer dans l'excavation de l'os, de la déterger, d'enlever un séquestre mobile ou adhérent, le foyer primitif enfin ; on ne doit pas craindre de dépasser les limites du mal. Le curage, l'évidement, une résection partielle deviennent ainsi la conséquence de l'intervention chirurgicale et toutes ces opérations sont très simplifiées par la friabilité pathologique du tissu osseux. Tel est le cas le plus ordinaire; mais il peut arriver que l'abcès symptomatique ne soit qu'un prolongement de la synoviale transformée, en communication par conséquent avec la cavité articulaire ; les trajets fistuleux d'abcès spontanément ouverts sont souvent dans le même cas. L'indication thérapeutique ne doit pas à mon sens être modifiée par ce fait, on entrera dans l'articulation pour y reconnaître l'état des lésions épiphysaires. On s'inspirera de la forme et de l'étendue des désordres pour faire l'ablation partielle d'une épiphyse, ou pour pratiquer une résection plus étendue. On fera en même temps un sacrifice plus ou moins considérable de la synoviale ; il arrive, en effet, qu'une articulation n'est plus à la longue que partiellement atteinte, le reste de la jointure se trouvant oblitéré.

Les os de la main et du pied avec leurs articulations et celles du poignet et du cou-de-pied, sont on ne peut plus favorables à la pratique de ces diverses opérations dont les règles ne doivent plus relever que du siège et de l'étendue des désordres.

Dans maintes circonstances, j'ai été conduit ainsi à enlever à la fois l'astragale et une partie du calcanéum en faisant en même temps l'évidement ou le curage du tibia ; c'était encore un, deux ou plusieurs os du milieu du pied ou de la main; ces opérations n'ont pas été suivies d'accidents. On peut agir de même pour le coude et la hanche, et il n'est pas inutile de dire que ces tentatives sont beaucoup moins considérables chez les jeunes sujets que chez l'adulte.

Je n'ai pas la pensée de croire que par ces manœuvres, on pourra éviter de recourir parfois à des résections plus étendues et même à l'amputation du membre.

En terminant, qu'il me soit permis de rappeler ce qu'est le mal à son origine : un foyer osseux presque toujours limité, mais en même temps plein de virulence. Là, se trouve la cause vraie de tous les désordres qui vont se produire. Le foyer primitif, placé dans la profondeur des parties dures, y rencontre une résistance qui fait qu'il se perpétue ; il est pendant ce temps un agent actif d'inoculation, menaçant pour tout ce qui l'entoure et il transmet de proche en proche sa virulence à tous les tissus. Aussi doit-on désormais, me semble-t-il, élever à la hauteur d'un principe cette

conclusion dernière : intervention prompte s'adressant à la fois aux foyers primitifs et aux sources qu'ils ont pu engendrer.

Discussion.

M. Verneuil. Je viens défendre la classification des fongosités que j'ai établie. Les orateurs qui se sont fait entendre n'ont admis que deux variétés : les fongosités tuberculeuses et les fongosités inflammatoires, ou encore les fongosités idiopathiques et les fongosités symptomatiques de lésions osseuses.

Il y a une troisième variété que je n'ai jamais observée chez l'enfant, mais que j'ai vue chez l'adulte.

Je citerai le fait d'un homme dont le genou était volumineux, gonflé, comme s'il y avait une hydarthrose considérable; cependant le gonflement n'était pas produit par un épanchement; il donnait une sensation d'empâtement, de fausse fluctuation. Les os étaient intacts, la région était indolente ; dans les antécédents, on ne retrouvait ni scrofule, ni tuberculose.

La guérison survint sans abcès et sans opération, simplement par la compression et la révulsion par la teinture d'iode. Le traitement dans ce cas est quelquefois très long. Mais on ne peut reconnaître ici ni lésions osseuses, ni tuberculose des synoviales.

J'ai même observé une quatrième variété de fongosités; j'ai vu deux fois les gaines tendineuses du pouce, la gaine commune du poignet, atteintes de dégénérescence fongueuse constituant une sorte de tumeur fibro-plastique diffuse ; le tissu, dans ces cas, diffère peu de celui des fongosités.

J'ai vu des synovites fongueuses chez des individus qui n'étaient ni scrofuleux, ni tuberculeux et en dehors de toute lésion osseuse.

J'ai observé un cas de ce genre à Necker, avec Follin; faisant la résection du genou à un malade, il trouva les os intacts, de la synovie dans l'articulation et la synoviale transformée en une masse de fongosités ayant jusqu'à trois doigts d'épaisseur.

Ces exemples justifient les quatre variétés de fongosités que j'ai vues.

M. Trélat. Je pense que l'on doit interpréter les exemples cités par M. Verneuil autrement qu'il ne l'a fait.

Le premier cas de lésion du genou était peut-être un gonflement péri-articulaire ; en tout cas, l'anatomie pathologique n'a pas été faite.

Le cas de Follin était une synovite tuberculeuse.

Quant aux tumeurs des gaines synoviales, nous ne les connaissons que depuis quelque temps. Bidart a dit qu'elles étaient for-

mées par du tissu fibro-plastique, oui, mais du tissu fibro-plastique qui contient des tubercules ; j'ai moi-même publié plusieurs faits, entre autres dans le *Progrès médical,* qui démontrent la nature tuberculeuse de la synovite.

M. le Secrétaire général donne lecture du mémoire suivant :

Hémiplégie et mort survenues à la suite de la ligature de la carotide externe,

par M. A. Dubrueil.

Si l'hémiplégie et la mort ne sont malheureusement pas choses rares après la ligature de la carotide primitive, il n'en est pas de même après celle de la carotide externe, et jamais, que je sache, on n'a signalé des accidents du côté des centres nerveux survenus après cette dernière. Rien d'étonnant du reste à ce que la suppression du cours du sang dans une artère qui ne vascularise que les parties molles extérieures de la tête, n'ait pas d'influence sur l'état de l'encéphale.

J'ai eu probablement le prémier la fâcheuse occasion de voir un de mes malades être frappé d'hémiplégie et succomber après une ligature de la carotide externe.

Le sujet de l'observation est un ancien capitaine au long cours, âgé de 65 ans, qui entra le 20 décembre 1881 dans la salle payante de l'hôpital Saint-Éloi, pour se faire opérer d'un épithélioma récidivé de la face interne de la joue gauche. Cet épithélioma avait débuté pendant l'été précédent et le malade, qui habitait Agde, s'était fait opérer dans cette ville. Mais le mal n'avait pas tardé à se reproduire. Je pus constater que le cancroïde, qui avait récidivé sur place, avait pris des proportions très considérables; non seulement la joue était prise en totalité, non seulement les ganglions sous-maxillaires correspondants étaient envahis, mais la portion gauche du maxillaire et le pilier antérieur du voile du palais du même côté étaient atteints par la dégénérescence. Le malade, qui souffrait beaucoup, pouvait à peine écarter les deux mâchoires.

Je me souciais médiocrement d'intervenir; cependant pressé par le malade, je finis par lui promettre de l'opérer. Mais avant d'en venir là, certain qu'il me faudrait aller très avant du côté du pharynx, que j'aurais de nombreuses artères à diviser, je voulus me prémunir contre l'hémorragie, dont l'emploi du thermocautère ne m'a pas toujours paru mettre suffisamment à l'abri. Je résolus donc de lier la carotide externe. Cette opération fut pratiquée le 18 janvier; je dus, pour arri-

ver jusqu'à l'artère, sectionner entre deux ligatures les veines faciale et linguale. Je liai la carotide externe et la thyroïdienne supérieure. Le fil qui étreignait la carotide externe fut placé entre l'origine de cette artère et la naissance de la thyroïdienne. »

Deux professeurs agrégés de notre faculté, un médecin-major de la garnison et un praticien distingué de la ville, qui assistaient à l'opération, constatèrent par un examen minutieux que c'était bien la carotide externe et non pas la carotide primitive que j'avais liée. J'insiste sur ce point, d'autant plus qu'il m'est arrivé une fois de lier la carotide primitive, alors que c'était la carotide externe que je me figurais étreindre dans l'anse de fil ; mais ici il n'y avait pas de doute possible.

Le malade fut pansé au Lister (essence d'eucalyptol), et les suites de l'opération parurent jusqu'au 24 janvier devoir être favorables. La température ne dépassa pas 38°,7 et ne tarda pas à tomber à 37°. La joue s'était affaissée, et les douleurs très vives que le malade accusait à ce niveau, avaient à peu près complètement disparu.

Le 24, le malade avait passé une bonne journée et dîné avec appétit, lorsque le soir, vers huit heures, l'infirmier de la salle le trouva penché sur le côté. Il l'appela et n'obtint pour toute réponse que quelques sons inarticulés. L'interne du service vit le malade à dix heures et constata une hémiplégie à droite, complète à la face et au membre supérieur, incomplète au membre inférieur. Quand on pinçait la peau du membre inférieur, le malade faisait un mouvement pour le retirer; il ne pouvait ni parler, ni sortir la langue de la bouche. Il fermait les deux yeux quand on le lui demandait. On administra un lavement purgatif et on appliqua des sinapismes aux membres inférieurs. Le 25, même état: la température est le matin de 37°,5 et le soir de 37°,7. On constate que du côté paralysé les réflexes sont exagérés. Il existe de la bronchite et de la dysphagie; cette dernière pourrait peut-être être rattachée à l'opération de la ligature, bien que jusqu'à ce moment le malade n'ait pas accusé de difficulté dans la déglutition. — Prescriptions : une potion antispasmodique et soixante grammes de sulfate de magnésie

Les jours suivants, l'état du malade fut le même; il n'avalait qu'avec difficulté une petite quantité de bouillon.

Température :

	Matin.	Soir.
	—	—
26 janvier	37°,6	37°,7
27 —	38°	38°,2
28 —	38°	38°,5
29 —	37,9	38°,3

Le 30, la dysphagie était moindre; la bronchite avait diminué. A l'auscultation on ne percevait plus de râles. La paralysie n'avait pas varié.

Le 31, dans l'après-midi, la dysphagie devint plus intense et la température monta à 39°,2. Le 1er février, l'état du malade avait consi-

dérablement empiré. La respiration était embarrassée et stertoreuse. La tête était déviée à gauche, et si on la remettait sur la ligne médiane, elle retombait aussitôt dans sa position primitive.

La mort arriva le 2 février à 7 heures du matin.

Devant le refus formel de la famille, je dus, malgré mes désirs, renoncer à l'autopsie.

Voilà, en somme, un malade qui, au septième jour de la ligature de la carotide externe, est frappé d'une hémiplégie du côté opposé et succombe huit jours après. Incontestablement on a le droit de voir là une simple coïncidence, mais il me paraît bien plus rationnel d'admettre une relation de cause à effet; je ferai observer que le malade n'avait jamais eu d'attaque antérieurement et n'avait pas de lésion cardiaque.

Cette relation de cause à effet étant admise, on doit se demander quelle a été la lésion cérébrale qui a déterminé l'hémiplégie et quel a été le mode de développement de cette lésion.

En dehors de toute idée préconçue, les symptômes présentés par l'opéré, l'absence de perte de connaissance, l'aphasie, la marche suivie par la température conduisent à éliminer le diagnostic d'hémorragie cérébrale et à adopter celui de ramollissement.

Or, il me paraît logique de faire peser la responsabilité de ce ramollissement sur l'opération qui avait été pratiquée.

Il est probable que le caillot qui s'est formé dans la carotide externe, en amont de la ligature, s'est prolongé jusqu'au niveau de la division de la carotide primitive, qu'une partie de ce caillot, détachée par le courant sanguin, s'est engagée dans la carotide interne et est venue oblitérer l'artère sylvienne.

Je regrette vivement que ces considérations de physiologie pathologique aient dû rester à l'état d'hypothèse, et que l'autopsie ne m'ait pas permis d'en contrôler l'exactitude; mais néanmoins, ce fait d'hémiplégie mortelle survenant après la ligature de la carotide externe m'a paru, même en l'absence d'autopsie, mériter d'être signalé.

Discussion.

M. Farabeuf. Il me semble que le titre de l'observation pourrait tromper sur la cause des accidents. Le fil a été placé entre l'origine de la carotide externe et la thyroïdienne, c'est-à-dire que le fil a été placé pour ainsi dire à cheval sur la bifurcation de la carotide et il faisait l'effet d'une ligature latérale. Il ne pouvait se former de caillot dans la carotide externe, mais il s'en est formé un dans la carotide interne qui aura été le point de départ d'une embolie, laquelle a amené l'hémiplégie.

M. Tillaux. Je crois qu'il a pu se former un caillot dans la carotide externe, puis celui-ci a été chassé dans la carotide interne ; ainsi le fait de l'hémiplégie se trouve expliqué.

M. Pozzi. De l'observation de M. Dubrueil, il ressort un fait clinique, celui d'une hémiplégie, après la ligature de la carotide externe. J'ai un fait analogue à communiquer à la Société.

Présentation de pièce.

Canal de l'urètre ayant subi l'urétrotomie externe en octobre 1878.

M. Horteloup. Dans la séance du 13 août 1879, je vous ai communiqué une observation d'urétrotomie externe pratiquée depuis plus de 9 mois, puisqu'elle remontait au mois d'octobre 1878. Lorsque je me suis décidé à vous parler de ce malade, dont l'histoire avait été fort curieuse, il venait de rentrer dans mon service et, quoiqu'il n'ait pas fait usage de sonde pour entretenir son canal, j'avais pu introduire avec la plus grande facilité le n° 42 Beniqué. Lorsque ce malade, Albert D..., rentra dans mon service, il était dans un triste état général, et après y être resté près de 4 ans, il y a succombé avec des accidents urémiques occasionnés par une néphrite chronique dont nous avons pu vérifier à l'autopsie l'existence.

Pendant toute la durée de son séjour, cet homme répétait qu'il urinait sans la moindre difficulté et avec l'état de souffrance dans lequel il était, je n'avais pas le courage de lui passer une bougie pour examiner son canal et, cependant, je désirais vivement savoir si, comme on le dit, la rétraction cicatricielle avait rétréci l'urètre.

Le samedi 17 juin, je trouvai Albert D... presque mourant; les accidents avaient marché rapidement, il était asphyxique et la mort était imminente. Aussi, persuadé que je ne pouvais ni le faire souffrir, ni aggraver son état, je me décidai à passer une bougie en gomme n° 20, filière Charrière. Je n'éprouvai aucune résistance, il n'y eut pas un point saillant et il était impossible de penser que le canal de l'urètre eût été malade. Le samedi, à 5 heures, le malade succombait et je pus faire l'autopsie le lundi 19 et je vous présente aujourd'hui ce canal de l'urètre avec la portion correspondante du périnée.

Pendant l'opération, j'avais enlevé une partie du périnée au moyen de deux incisions réunies à leurs extrémités, j'avais excisé une masse indurée et toute la portion dure résistante du rétré-

cissement. La sonde n'était restée que trois jours dans le canal et les bougies Béniqué avaient été très peu employées, car le caractère pusillanime du malade rendait ce traitement difficile.

Depuis sa rentrée à l'hôpital, je ne lui ai passé que deux fois la bougie : au mois d'avril 1879 et le 17 juin, jour de sa mort.

La cicatrice du périnée est très molle et il est impossible de sentir un noyau ou une ligne résistante pouvant faire reconnaître le trajet que l'on avait dû obtenir pour arriver au canal.

En ouvrant le canal de l'urètre par sa paroi antérieure, on découvre une région membraneuse intacte ; il n'est pas possible de faire une différence entre la muqueuse des parties spongieuses et prostatiques. La paroi est souple, unie, luisante et ne permet pas de constater une cicatrice dure.

Cette pièce m'a paru intéressante à vous être présentée, car elle permet d'admettre que l'urétrotomie externe n'est pas suivie des brides cicatricielles comme on l'a dit et cette pièce vient à l'appui des opinions que soutenait Reybard, lorsqu'il disait que les grandes incisions du canal de l'urètre n'étaient pas suivies de rétraction cicatricielle.

Présentation d'instrument.

M. Labbé présente au nom de MM. Fonnegra et Duran un as pirateur pour l'évacuation des calculs dans la lithotritie.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

NICAISE.

Séance du 28 juin 1882.

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris*. — *Journal de médecine de l'Ouest*. — *Journal de thérapeutique*. — *Recueil d'ophtalmologie*. — *Revue médicale*. — *Lyon médical*. — *Recueil*

3° *British medical.—Bulletin des sciences médicales de Mexico.*

4° M. Labbé offre au nom de M. A. Minich, chirurgien de l'hôpital de Venise, une brochure sur la *luxation divergente antéro-postérieure du cubitus* et un travail sur l'*embolie graisseuse dans les fractures.*

5° Un travail de M. Vieusse, médecin major à l'hôpital d'Oran, sur l'*élongation des nerfs dans les paralysies traumatiques périphériques* (renvoyé à l'examen de M. Chauvel, rapporteur).

6° Une lettre de M. Giraud-Teulon, demandant à être nommé membre honoraire de la Société de chirurgie.

A propos du procès-verbal.

La ligature de la carotide externe et la grande corne de l'os hyoïde,

Par M. Farabeuf.

La lecture de l'observation de M. Dubrueil nous a montré qu'il était dangereux de lier l'origine même de la carotide externe, au-dessous de la thyroïdienne supérieure puisqu'il est vraisemblable que la mort de l'opéré a été occasionnée par une embolie cérébrale détachée du caillot formé au voisinage de la ligature, caillot balayé incessamment par le cours du sang qui passait de la carotide primitive dans la carotide interne.

C'est une raison de plus d'insister sur la nécessité de placer le fil au *lieu d'élection*, c'est-à-dire dans l'intervalle des artères thyroïdienne supérieure et linguale. On l'essaie bien en général, mais on n'y arrive pas toujours, car l'opération est délicate et difficile. J'en atteste les erreurs commises par les meilleurs opérateurs et les nombreux cas où la dangereuse ligature de la carotide primitive a été préférée sans autre raison. Au dire de Wyeth[1], plus de cent malades ont payé de leur vie cette préférence.

Je pense que le nouveau point de repère que je propose rendra à tout le monde les services signalés qu'il a rendus depuis plusieurs années aux maîtres et élèves de l'école pratique. La grande corne hyoïdienne est toujours facile à reconnaître et à trouver, avant et pendant l'opération ; elle conduit sur le lieu d'élec-

[1] Essays upon the surgical anatomy and history of the common, external and internal carotid arteries, and the surgical anatomy and hystory of the innominate and subclavian arteries etc. par John Wyeth (*Transactions of the American medical Association*, XXIX, 1878).

tion même et permet d'aporcevoir, chemin faisant, les divers points de ralliement ordinairement utilisés et recommandés.

Un instant de réflexion suffit pour en être convaincu. La carotide primitive se bifurque au-dessous de l'os hyoïde, quelquefois très près, mais au-dessous. De la bifurcation même se détache la thyroïdienne supérieure, car ce n'est guère que dans le tiers des cas qu'on voit cette collatérale naître vraiment des premiers millimètres de la carotide externe, et l'on sait qu'il n'est pas très rare de la voir procéder de la terminaison de la carotide primitive.

La linguale, sans ou avec la faciale, peut emprunter l'origine de la thyroïdienne, même quand cette artère vient de la carotide primitive. C'est une anomalie rare, fort heureusement, car elle est bien faite pour tromper. Dans un cas, après avoir lié, sur le cadavre, la vraie carotide externe, bien qu'elle ne me présentât pas de collatérales au voisinage de la dénudation, je trouvai cette artère bien petite et je disséquai la région : un tronc commun né de la carotide primitive à quelques millimètres au-dessous de la bifurcation, se portait en avant, fournissait la thyroïdienne, puis, à quelque distance, la linguale et la faciale qui remontaient dans la région sus-hyoïdienne.

Les conséquences chirurgicales d'une telle anomalie sont faciles à deviner. Revenons à la règle, à ce qui est ordinaire.

La règle, c'est qu'il existe un intervalle notable entre la thyroïdienne et la linguale. J'estime, d'après les chiffres de Wyeth et mon expérience personnelle, que la longueur la plus ordinaire de cet intervalle est d'environ un centimètre. Elle varie de 6 à 18 millimètres dans 80 cas 0/0 et reste en deçà de ces chiffres un peu plus souvent qu'elle ne les dépasse. Les extrêmes sont 0 et 30 millimètres.

Au niveau de la linguale, la carotide externe fournit ordinairement la pharyngienne inférieure; un peu plus haut, la faciale et l'occipitale. Elle devient ensuite, quoique n'étant pas encore entourée par la parotide, bien difficilement accessible : c'est peut-être dommage, car il existe souvent un intervalle de deux centimètres entre l'occipitale et l'auriculaire.

En fait, toute notre attention doit être concentrée sur le segment carotidien intermédiaire aux deux premières collatérales. Peut-on dire que jamais il ne donne de branches ? Non, au point de vue anatomique. Il n'est pas rare d'en voir partir soit la pharyngienne inférieure, soit un rameau hyoïdien; mais les chirurgiens doivent-ils se soucier de ces petits artérioles dont le diamètre dépasse rarement un millimètre.

Je cherche à bien montrer que le lieu d'élection pour la ligature de la carotide externe existe au-dessus de la thyroïdienne. A

quoi bon oblitérer cette artère cervicale quand on opère, comme toujours on l'a fait, pour enrayer ou prévenir une hémorragie de la face, pour atrophier une tumeur, oblitérer un angiome de la même région, calmer une névralgie, etc. ?

Ce lieu d'élection anatomique et chirurgical a des rapports constants, invariables, avec la grande corne hyoïdienne qui ne saurait aboutir ailleurs que dans l'intervalle de la thyroïdienne supérieure ou *sous*-hyoïdienne et de la linguale ou *sus*-hyoïdienne. Chacune de ces artères, pénétrant bientôt dans les parties molles dont l'hyoïde est le squelette, suit tous les mouvements de cet os, sans cesser jamais d'être, l'une au-dessous, l'autre au-dessus; sans que jamais le rapport du tronc carotidien et de la grande corne soit détruit.

Je veux maintenant rappeler brièvement les divers moyens qui ont été jusqu'ici conseillés pour arriver à découvrir la carotide externe.

Velpeau cherchait la carotide primitive : en disséquant, il remontait à la bifurcation et au-dessus. C'est une bien grande dissection, bien hardie relativement aux veines petites et grosses de la région, et qui n'a pas toujours conduit à bon port, les opérateurs les plus exercés[1]. C'est commencer trop bas.

Au contraire, s'efforcer de trouver d'abord le ventre postérieur du digastrique ou le nerf hypoglosse, le repère de M. Guyon, c'est opérer bien haut et avec bien de la peine sur certains cous.

Le nerf grand hypoglosse est un précieux point de ralliement, mais il faut le découvrir, et les opérateurs qui l'ont tenté n'y ont pas toujours réussi. Certains même proclament que c'est plus difficile que de découvrir l'artère elle-même. Cela dépend de la situation de l'anse de ce nerf qui tantôt reste éloignée de l'os hyoïde et *a fortiori* de la bifurcation carotidienne et tantôt s'en rapproche au point d'atteindre le niveau même du bout de la grande corne. Dans deux cas, j'ai même vu, comme Mirault et d'autres, l'anse nerveuse, abaissée en apparence par une crosse veineuse d'origine pharyngienne, descendre notablement au-dessous de l'extrémité de la grande corne qu'elle devait croiser ensuite pour remonter au-dessus, dans la langue. On comprend donc que le grand hypoglosse soit plus ou moins facile à découvrir, suivant les sujets, et qu'il corresponde à une hauteur assez variable du tronc carotidien. En général, en dénudant le vaisseau immédiatement au-dessus du nerf, on apercevrait qu'on est au niveau ou un peu au-dessus de

[1] V. Robert, *thèse de Paris*, 1873.
Madelung, *Arch. für Chirurgie von Langenbeck*, 1874, t. XVII, p. 611 Die Unterbindung der a. carotis ext.
Wyeth, *loc. cit.*

l'origine de la linguale, ce qui permettrait, par deux ligatures ou par une seule portée un peu plus bas, de faire une bonne opération. Assez souvent, la dénudation, faite près de l'anse nerveuse, conduirait au-dessus de la linguale; quelquefois même, mais rarement, au-dessus de la faciale.

Bérard, au temps où l'on ne faisait pas encore la ligature de la carotide externe, avait singulièrement exagéré les difficultés de distinguer cette artère de la carotide interne. Il paraît que des chirurgiens en position s'y sont trompés, comme d'autres ont lié par méprise la carotide primitive ou la thyroïdienne ou même la jugulaire. Cela n'a rien que de vraisemblable quand on connaît les fautes historiques des meilleurs opérateurs troublés par l'émotion ou trop éloignés de leurs études anatomiques.

La carotide faciale est en avant et en dedans de la carotide cérébrale; celle-là est donc plus près de l'os hyoïde et plus antérieure, c'est-à-dire pour l'opérateur, plus superficielle que celle-ci. La carotide faciale dite externe, malgré sa situation, se présente seule à qui attaque le paquet vasculaire par son côté antéro-interne comme il convient. Pour lier la carotide interne par méprise, dans les circonstances ordinaires, il faut vraiment le vouloir, quand même on n'apercevrait pas une seule des collatérales de la carotide externe.

Pour en revenir au motif de cette communication, voici comment il faut user de l'os hyoïde, dont Wallace s'est servi en 1833 pour pratiquer son opération, guidé sans doute par quelques mots de Guthrie.

Après avoir, par le palper, exploré la région hyoïdienne, déterminé, marqué même sur la peau le niveau de la grande corne, il convient de faire une incision dont la partie moyenne corresponde à ce niveau, conseil donné autrefois par Guthrie, utilisé par Wallace en 1833, mais bien oublié depuis, au moins sur le continent. C'est pourtant bien là que devra être posé le fil. Je passe les premiers temps de l'opération, que je n'ai pas à vous enseigner, et sur lesquels j'ai déjà écrit. Avant ou après avoir incisé les plans celluleux profonds, en se dirigeant vers la grande corne, toujours facile à retrouver du bout du doigt et qu'il faut pour ainsi dire dénuder, on aperçoit généralement un tronc veineux bleuâtre oblique, dirigé en bas et en arrière. C'est le canal collecteur des veines faciale antérieure, linguales, thyroïdiennes supérieures, etc., une espèce de veine carotide externe inférieure! Ce tronc *thyro-linguo-facial*, qui croise la bifurcation artérielle pour gagner la jugulaire interne, a surpris, contrarié et gêné bien des opérateurs qui n'ont pas osé le couper entre deux fils ni su le refouler en bas et en avant. Je sais que ce tronc n'est pas toujours constitué, que

chacune de ses veines originelles va quelquefois se jeter isolément dans la jugulaire en s'échelonnant devant les carotides secondaires et la bifurcation; mais j'ai étudié cette région des centaines de fois et je puis dire que, dans la grande majorité des cas, le tronc thyro-linguo-facial descend d'avant en arrière à la jugulaire, en croisant obliquement la terminaison de la carotide primitive. L'anse hypoglosse blanche, marche en sens contraire; le nerf et le tronc veineux convergent en avant, car la veinule satellite du nerf est une des origines du tronc veineux. Ils divergent en arrière, l'un venant du crâne, l'autre descendant à la jugulaire. Dans l'aire de cet angle saille le bout de la grande corne quand on fait refouler l'os hyoïde; par conséquent, l'opérateur que son doigt dirige vers ce repère osseux, arrive sûrement dans le cadre nervo-veineux avec la précaution, quelquefois nécessaire, de mobiliser et de faire abaisser un peu le tronc veineux.

Entre le nerf en haut et le tronc veineux en bas, le lieu d'élection artériel se présente, longitudinal, très près du bout arrondi de la corne hyoïdienne sans aucun organe interposé au vaisseau et au pharynx, si j'en excepte le nerf laryngé supérieur, exceptionnellement visible. La règle pour moi est donc, quand on croit devoir ménager les veines, d'attaquer le tissu cellulaire entre le nerf hypoglosse en haut et le tronc veineux en bas, dût-on mobiliser celui-ci et le rejeter en bas et en avant pour agrandir le cadre nervo-veineux, quelquefois très petit; mais cette règle n'est que le corollaire de ce fait qu'ordinairement c'est dans ce cadre que saille le bout de la corne hyoïdienne. Quand il en est autrement par suite d'anomalies veineuses, c'est au niveau de la grande corne, où qu'elle soit, qu'il faut dénuder et lier, après avoir, bien entendu, fait l'examen et l'exploration du vaisseau chargé et des conséquences de sa compression sur le porte-fil.

M. Després. J'ai fait, une fois, la ligature de la carotide externe et j'ai trouvé l'opération simple et facile en suivant le procédé indiqué par Malgaigne; j'ai recherché la grande corne de l'os hyoïde et ce point a été marqué comme devant être le milieu de mon incision. Pour l'opération, la tête est renversée en arrière et la face tournée du côté opposé, et, dans cette position, les rapports des vaisseaux ne sont pas les mêmes que quand la tête est étendue et droite. J'ai incisé la gaine du muscle sterno-mastoïdien, comme le conseille Malgaigne, le muscle a été écarté en dehors, et, à travers la partie profonde de la gaine, on voyait le vaisseau, qu'il fut facile de lier.

La carotide primitive se bifurquait très haut, la thyroïdienne naissait au niveau de la bifurcation; je fis la ligature un peu au-

dessus, car le tronc libre de la carotide externe était très court ; ceci m'avait même donné l'idée de lier la thyroïdienne et la linguale.

L'opération avait été nécessitée par un anévrisme de la temporale, qui s'était enflammé et avait amené de la fièvre.

Le fil tomba le quatrième jour et il se produisit une hémorragie ; une pince fut appliquée sur l'artère par M. Marchand et, le lendemain, je fis la ligature de la carotide primitive. Le malade mourut au bout de cinq jours avec de l'hémiplégie et du coma et ayant eu de la suppuration, mais sans abcès métastatiques.

D'après ce fait, je pense que quand la carotide est courte, il faut lier les vaisseaux voisins pour éviter une hémorragie secondaire ou la formation d'un caillot comme dans le cas de M. Dubrueil.

Les mensurations qui ont été données par MM. Guyon et Farabeuf pour la ligature de la carotide externe sont vraies pour le cadavre, mais ne le sont plus pour le vivant ; sur ces points, il y aura toujours dissidence entre les chirurgiens et les anatomistes.

M. Tillaux. Je considère la ligature de la carotide externe comme une opération des plus difficiles, parce qu'on manque de point de repère précis ; on a cependant pour se guider le rapport avec le grand hypoglosse, la situation de la carotide externe par rapport à l'interne et la présence des collatérales ; M. Farabeuf nous indique un nouveau point de repère, qui est la grande corne de l'os hyoïde.

Mais il ne faut pas oublier que le genre d'incision extérieure influe sur la facilité de l'opération ; l'incision doit partir de l'angle de la mâchoire et gagner le bord antérieur du sterno-mastoïdien à la hauteur du bord supérieur du cartilage thyroïde ; on tombe ainsi sur la gaine des vaisseaux.

On ne doit pas faire suivre à l'incision le bord antérieur du sterno-mastoïdien, ni rechercher la bifurcation de la carotide primitive, comme l'a conseillé Malgaigne. Si M. Guyon a dit de rechercher le grand hypoglosse, ce n'est pas tant pour indiquer le lieu d'élection de la ligature que pour permettre de savoir si l'on a la carotide externe ou l'interne.

M. Farabeuf insiste sur le repère fourni par l'os hyoïde, mais celui-ci peut se déplacer ; j'attache plus d'importance à la présence des collatérales et je dis que l'on ne doit poser le fil qu'après les avoir vues. Les ganglions lymphatiques peuvent servir aussi, parce qu'ils reposent directement sur les vaisseaux.

Enfin sur le vivant l'opération est facilitée par les battements de l'artère.

En résumé, l'utilité du repère fourni par l'os hyoïde ne doit pas

faire abandonner les autres et l'incision extérieure devra être oblique.

M. Le Dentu. M. Farabeuf n'a rien dit des incisions superficielles; pour moi, dans les ligatures que j'ai faites sur le cadavre, je faisais porter mon incision très haut sur la région parotidienne et sa partie inférieure ne dépassait guère l'os hyoïde. J'accepte l'incision oblique dont il vient d'être question.

Je ferai encore deux autres remarques au sujet des ganglions lymphatiques et des veines.

On rencontre toujours des ganglions lymphatiques, on peut les extirper sans inconvénient.

Quant aux veines, les remarques de M. Farabeuf sont importantes et exactes; le gros tronc veineux qui se présente généralement gêne et guide à la fois, on l'écarte en bas et en dedans, pour chercher au-dessus de lui et on arrive sur l'artère sans avoir besoin du grand hypoglosse.

Mais ceci n'enlève rien à l'importance de l'os hyoïde.

M. Verneuil. J'ai étudié cette ligature à l'amphithéâtre et l'ai pratiquée trois fois sur le vivant; je la considère comme une opération laborieuse et difficile.

Le procédé de M. Guyon est le meilleur, mais il ne suffit pas d'avoir un bon procédé, la plaie doit toujours être exsangue; quand les veines sont découvertes, il faut les couper entre deux ligatures.

A propos des ganglions lymphatiques, je pense qu'il faut éviter autant que possible de les enlever, autrement on s'expose à des hémorragies veineuses graves, les veines des ganglions étant avalvulaires. S'il est nécessaire d'enlever un ganglion, on posera un fil au-dessous de lui.

M. Després. Je n'ai pas dit que j'acceptais le procédé de Malgaigne, ainsi je ne crois pas qu'il faille rechercher la carotide primitive, mais il faut se guider sur les collatérales, et comme Malgaigne je conseille d'ouvrir la gaine du sterno-mastoïdien, d'autant plus que dans la position que l'on donne à la tête pour la ligature, ce muscle recouvre la carotide externe. Le muscle étant porté en arrière, on voit les vaisseaux par transparence à travers le feuillet profond de sa gaine.

Je suis d'accord avec M. Farabeuf sur l'utilité de la recherche de la grande corne de l'os hyoïde, mais surtout pour faire l'incision cutanée.

M. Farabeuf. Je n'ai pas voulu faire une description complète de

la ligature de la carotide externe, et je n'ai pas voulu diminuer l'importance des autres points de repère déjà connus.

L'extirpation des ganglions est dangereuse, elle a amené la mort par hémorragie, je crois donc avec M. Verneuil qu'il faut tâcher de les éviter.

Quant à l'incision, je préfère aussi celle qui est oblique; mais je détermine d'abord le siège de la grande corne et ce point sera le milieu de l'incision.

Pour les veines, c'est un bon principe de les lier et de les couper entre deux ligatures, mais quelquefois quand la veine est trop volumineuse on hésite. C'est ce qui est arrivé à Wallace, chirurgien anglais, qui recommandait de toujours couper les veines entre deux ligatures; arrivé au niveau du gros tronc linguo-thyroïdien, il n'osa pas et se contenta de le dévier.

Je conseille aussi d'ouvrir la gaine du sterno-mastoïdien, mais seulement à la partie inférieure de l'incision comme le voulait Velpeau.

Quant aux différences anatomiques qui existeraient entre le cadavre et le vivant, c'est là une opinion de M. Desprès qui ne rencontre pas beaucoup d'adhérents.

M. Le Dentu. En disant que l'on devait extirper les ganglions, j'entendais que cette extirpation devait être faite avec soin, posant une ligature sur le hile, si le ganglion était volumineux. L'extirpation ne doit pas être la règle, mais si les ganglions gênent, il faut les enlever.

M. Marchand. L'incision qui me paraît la meilleure est celle que l'on trouve indiquée dans les classiques et qui, partant du milieu de l'espace situé entre l'angle de la mâchoire et le sterno-mastoïdien, descend parallèlement à ce muscle.

La difficulté de la ligature tient en grande partie à la densité des tissus qui sont en avant de l'artère.

M. Tillaux. Je considère l'incision dont parle M. Marchand comme mauvaise; celle qu'il faut choisir, c'est l'incision oblique.

Lectures.

M. Mouchet (de Sens) lit un travail intitulé: *Élongation du nerf dentaire inférieur droit pour une névralgie rebelle du trijumeau avec tic douloureux de la face; guérison.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Périer, Delens et Polaillon, rapporteur.

M. Mouchet lit encore un travail intitulé : *Expulsion spontanée d'un volumineux calcul de la vessie à travers la paroi urétro-vaginale.*

Ce travail est renvoyé à la précédente commission.

Présentation de malade.

Extirpation totale du calcanéum ; régénération de l'os ; fonctions du pied conservées,

par M. Polaillon.

M. de Ri..., âgé de 16 ans, portait depuis trois mois et demi une ostéite nécrosique de tout le calcanéum droit. Le talon et la partie inférieure de la jambe étaient très tuméfiés, avec rougeur de la peau et de grandes douleurs. Plusieurs fistules s'étaient établies autour du cou-de-pied. Ces fistules convergeaient toutes vers le calcanéum, ce qui me permit d'établir que cet os était seul malade.

Le 10 mai 1881, *extirpation de tout le calcanéum* pendant la chloroformisation. Je fis une incision horizontale sur le bord externe du pied depuis le cuboïde jusqu'à la partie externe de la tubérosité postérieure du calcanéum, où se trouvait une fistule, et une incision verticale de 3 centimètres sur le bord externe du tendon d'Achille et venant rejoindre la première. Je disséquai et relevai en haut le lambeau triangulaire ainsi formé en ménageant soigneusement les tendons des péroniers latéraux. Puis je détachai l'insertion du tendon d'Achille de la tubérosité postérieure en ayant soin de respecter les connexions de cette insertion avec le périoste. Toute la partie postérieure du calcanéum étant nécrosée fut saisie avec un davier et enlevé sans difficulté. La partie antérieure fut extraite par morceaux jusqu'au cuboïde et jusqu'à l'astragale. Toutes les fongosités furent exactement ruginées.

L'opération terminée, il restait une vaste cavité dont les parois étaient formées par la gaine périostique adhérente aux parties molles susjacentes et par les surfaces articulaires des os voisins, astragale et cuboïde.

Pas d'écoulement sanguin pendant l'opération en raison d'une application exacte de la bande d'Esmarch. Suintement sanguin en nappe après l'ablation de cette bande.

Trois points de suture métallique sur la partie horizontale de l'incision, un point sur la partie verticale rapprochaient les lèvres de la plaie. Un tampon de gaze phéniquée sèche est disposé dans la cavité laissée par l'extirpation du calcanéum. Pansement de Lister. Application d'un appareil plâtré sur la jambe et le pied, en laissant le talon à découvert. Le membre est ensuite placé dans une gouttière.

11 *mai.* — Ablation du tampon qui remplit la cavité calcanénne. Cette

cavité est bien lavée avec de l'eau phéniquée au 20e. Pansement de Lister. Drain.

15 *mai*. — Ablation de deux fils d'argent. Pansement. Point de fièvre. Alimentation substantielle.

18 *mai*. — Ablation des deux derniers fils d'argent et du tube à drainage.

Les pansements consécutifs sont faits tous les trois jours.

18 *mai*. — Application d'un nouvel appareil plâtré autour du pied et de la jambe. Le pied est dans une bonne direction. Les incisions se sont réunies par première intention. A la partie postérieure du talon, on voit un orifice qui conduit dans la cavité calcanéenne qui laisse échapper le peu de suppuration qui se produit.

17 *juin*. — Il n'y a plus de suppuration.

23 *juin*. — Application d'un appareil ouaté et silicaté qui permettra au malade de faire des promenades en voiture et de marcher avec des béquilles.

16 *juillet*. — La cavité du calcanéum est comblée par une substance assez dure en voie d'ossification. Il est évident qu'un calcanéum nouveau s'est régénéré. Il n'y a plus qu'une petite plaie déprimée au niveau de l'apophyse postérieure du calcanéum. Toutes les autres fistules sont complètement guéries. Le talon a récupéré sa forme, il est seulement un peu moins saillant en arrière que celui du côté opposé.

Aujourd'hui, plus d'un an après l'extirpation totale du calcanéum, vous pouvez voir que le calcanéum s'est complètement reproduit, que par suite, le pied opéré a sensiblement repris la même forme que celui du côté opposé. La saillie postérieure du talon est seulement un peu moins prononcée et tout le calcanéum est un peu volumineux dans tout son ensemble. Il en résulte que la plante du pied a la configuration des pieds plats. Les fonctions du pied sont revenues soit dans la station debout, soit dans la marche. M. de R... étant debout peut se soulever sur la pointe du pied. Il fait plusieurs lieues sans se fatiguer et sans boîter. Il se sert seulement d'une chaussure qui porte un talon plus élevé que celui de l'autre côté.

Discussion.

M. Le Dentu. Le malade de M. Polaillon est intéressant. Le résultat est bon, le calcanéum s'est reproduit partiellement et le tendon d'Achille s'est solidement implanté ; ce fait confirme la règle qu'il faut que le sujet n'ait pas dépassé 20 ans, pour que l'on ait chance d'obtenir un succès.

J'ai fait une tentative d'extirpation du calcanéum sur un homme qui avait plus de 30 ans, mais je trouvai une soudure du calcanéum et de l'astragale et je dus faire l'amputation de la jambe à la partie inférieure.

M. Sée. Le résultat obtenu par M. Polaillon prouve une fois de plus que, dans les caries du tarse, il faut enlever complètement l'os atteint, sous peine de voir le malade exposé à de nouvelles fistules.

M. Polaillon. Dans un mémoire que j'ai publié en 1870 dans le *Dictionnaire encyclopédique*, j'ai moi-même donné les conclusions que citait M. Le Dentu, car mon relevé statistique m'a montré que, passé 20 ans, l'extirpation du calcanéum donnait de mauvais résultats.

Même chez les jeunes sujets, elle n'est bonne que pour combattre l'ostéite nécrosique, et ne convient pas quand il s'agit d'ostéite carieuse, de carie humide.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,

Nicaise.

Séance du 5 juillet 1882.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris.* — *Archives de médecine.* — *Bulletin médical du Nord.* — *Bulletin de thérapeutique médicale et chirurgicale.* — *Lyon médical.* — *Revue médicale de Toulouse.* — *La Presse médicale de Paris et de province.*

3° *Le Practitioner.* — *Le British medical.*

4° *Transactions de la Société pathologique de Londres* (t. 32, 1881).

5° Deux observations obstétricales, par le Dr Wasseige, de Liège.

6° Une brochure intitulée: *De l'extirpation de la rate chez l'homme et les animaux*, par M. Zesas, de Zurich.

7° M. le Dr Fleury, membre correspondant, adresse à la Société la lettre suivante par laquelle il demande l'avis de la Société.

Après en avoir entendu la lecture, M. Desprès pense que M. Fleury est en présence d'un fongus de la dure-mère et qu'il ne faut pas y toucher.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie l'observation d'un malade que j'ai reçu il y a quelques jours à l'Hôtel-Dieu de Clermont.

Cet homme, qui habite la campagne et qui est âgé de 50 ans, porte à la tête une tumeur dont la nature me paraît difficile à déterminer. Peut-on l'en débarrasser? Je ne le pense pas ; c'est là précisément ce que je voudrais savoir.

La tumeur qui a la forme d'un ovoïde se voit au côté gauche de la voûte crânienne au niveau de l'angle supérieur et postérieur du pariétal.

Elle est obliquement dirigée d'arrière en avant et de dehors en dedans; dans son plus grand diamètre, elle a 6 centimètres, 3 dans le petit. La peau qui la recouvre a conservé sa couleur naturelle ; indolente à la pression, elle est fluctuante dans toute son étendue ; on croirait avoir affaire à un kyste dermoïde du cuir chevelu.

Si on exerce une pression un peu forte sur sa partie centrale, elle s'affaisse, rentre dans la cavité cranienne en s'engageant dans une ouverture arrondie, irrégulière, de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, mais elle en ressort bientôt repoussée par des battements isochrones aux pulsations du cœur. Une fois sortie, elle reprend son ancienne forme et ne présente que des battements légers. Si on applique sur elle un stéthoscope, on ne perçoit aucun bruit de souffle. Sa réduction ne provoque aucun malaise.

Ce malade est malheureusement très sourd, j'ai dû m'adresser à sa femme et à sa fille pour avoir quelques renseignements.

Elles assurent que la tumeur n'a paru à l'extérieur que depuis le mois de janvier dernier, à dater de ce moment il a suspendu toute espèce de travail, mais depuis le mois de novembre il avait eu des vertiges qui l'avaient forcé de rester au lit pendant quelques jours.

Le 28 juin, il a eu une de ces crises ; déjà la veille il avait dit à un de ses voisins qu'il sentait le sang lui monter à la tête et qu'il allait se trouver mal, mais ce jour-là il en a été quitte pour la peur. Le lendemain au contraire, peu de temps après la visite, il pâlit, ses yeux deviennent fixes, il saisit un barreau de son lit, s'assied sur une chaise, se penche sur son matelas et conserve cette attitude pendant quelques heures, pas la moindre contracture musculaire ; il sort de là tout hébété, c'est un véritable vertige épileptique.

La compression des artères temporale, occipitale, de la carotide

primitive n'exerce aucune influence sur la forme et le volume de la tumeur.

Le médecin de son village, qui est un praticien instruit, lui a fait une ponction explorative avec un trocart capillaire; bien lui en a pris, car il s'est écoulé par la canule de l'instrument un jet de sang artériel. Une excision faite avec un bistouri aurait certainement amené la mort.

De quelle nature est cette tumeur ?

Est-ce un anévrisme de l'une des branches de l'artère méningée moyenne, car le tronc en est bien éloigné! Est-ce une hernie des membranes du cerveau ou du cerveau lui-même?

L'absence de bruit de souffle éloigne l'idée d'une tumeur anévrismale, les branches de la méningée sont bien ténues dans cette partie de la voûte cranienne pour subir une dilatation pareille; mais alors d'où proviendrait le sang qui sort de la tumeur?

Le cerveau ne s'échapperait pas par une ouverture aussi petite; sont-ce les membranes qui sont chassées à l'extérieur par une poche sanguine provenant de l'une des artères du cerveau?

C'est là précisément ce qui m'embarrasse et c'est pour dissiper cette obscurité que je m'adresse à mes savants collègues de la Société de chirurgie qui ont peut-être observé des cas semblables.

V. Fleury.

Rapport

Sur une observation de M. Richelot intitulée: *Fistule salivaire du conduit de Sténon guérie par un procédé nouveau,*

par M. Delens,

Au nom d'une commission composée de MM. Chauvel, Polaillon et Delens.

Messieurs,

La multiplicité des procédés successivement proposés, pour la cure des fistules du conduit de Sténon, par les chirurgiens de l'académie de chirurgie et par leurs successeurs, permet d'affirmer qu'il y a encore des progrès à réaliser dans le traitement de ces fistules.

Le procédé nouveau dont M. le Dr Richelot, candidat à la place vacante de membre titulaire, est venu, dans une des dernières séances, nous entretenir mérite, à ce titre, de fixer votre attention, et l'observation qu'il nous a lue, à l'appui, est un bel exemple de

succès dans un cas où les conditions semblaient, *à priori*, défavorables.

L'orifice de la fistule primitive était situé au niveau du masséter et des abcès s'étaient formés à plusieurs reprises, au-dessous de lui. Au moment où M. Richelot observait son malade, l'orifice fistuleux primitif était cicatrisé, mais il restait au niveau de l'abcès deux ouvertures par lesquelles s'écoulait la salive. De ces deux ouvertures, l'une plus antérieure, répondait au muscle buccinateur. M. Richelot eut l'idée d'agir comme si cette ouverture était la vraie fistule et de conserver en même temps l'ouverture postérieure jusqu'au rétablissement parfait de l'écoulement de la salive dans la cavité buccale, pensant que l'oblitération de cet orifice serait alors facile à obtenir. Le succès a justifié ses prévisions.

Un tube à drainage fut placé de manière que, pénétrant dans la bouche à travers le muscle buccinateur et la muqueuse buccale par une de ses extrémités, il ressortait par l'orifice postérieur de l'abcès, laissant l'orifice antérieur en dehors de son trajet. Lorsque l'écoulement de la salive par le canal nouvellement créé parut assuré, l'avivement de l'orifice antérieur, suivi de suture, en procura l'oblitération. La cicatrisation de l'orifice postérieur, se fit ensuite presque d'elle-même, comme il arrive pour les plaies du conduit de Sténon lorsqu'il n'y a pas d'obstacle à l'écoulement de la salive par le bout antérieur.

S'appuyant sur le succès qu'il a obtenu, M. Richelot a généralisé cette manière de procéder et formule ainsi la marche à suivre dans le traitement de ces fistules:

1° Plonger un trocart dans la fistule, d'avant en arrière et le faire sortir sur la joue à quelque distance, de manière à créer un orifice postérieur situé hors du cours de la salive, à l'aide d'un stylet aiguillé mettre un fil provisoire à la place du trocart;

2° Par la fistule perforer obliquement la joue d'arrière en avant et placer un tube en caoutchouc dont l'extrémité antérieure sorte par la bouche ;

3° Attacher l'extrémité postérieure du tube au fil provisoire et la faire sortir par l'orifice nouvellement créé. De cette façon, une anse de caoutchouc passe derrière la fistule sans y toucher;

4° Suturer la fistule après avivement, mais seulement alors que le gonflement inflammatoire est tombé et que la salive coule dans la bouche avec une facilité relative. Après la suture, il faut attendre encore et ne pas retirer le tube avant que le cours de la salive soit entièrement libre et la cicatrice résistante.

Ainsi que le fait remarquer l'auteur, il y a deux choses nouvelles dans ce procédé : l'emploi du tube à drainage et la création d'un orifice postérieur. Il est possible cependant que d'autres chirur-

giens aient eu déjà l'idée de substituer le tube à drainage à la canule de Duphœnix ou au tube métallique de Deguise. C'est, dans tous les cas, une simplification que nous approuvons. La création de l'orifice postérieur, sorte de soupape de sûreté laissée à l'écoulement de la salive, nous paraît, d'autre part, l'idée vraiment originale et certainement ingénieuse du procédé de M. Richelot. Nous espérons que de nouvelles observations viendront en démontrer l'importance et l'efficacité.

N'ayant pu insister sur tous les détails du manuel opératoire que M. Richelot a soigneusement décrit dans son travail, nous vous proposons d'insérer, dans nos bulletins, l'observation qui l'accompagne.

Observation du malade de M. Richelot.

A..., 42 ans, chauffeur, se trouvait à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin n° 22, pendant le mois d'août 1881, alors que j'y remplaçais M. Le Dentu. Cet homme a reçu un coup de feu dans la joue droite il y a 25 ans; aujourd'hui, la mâchoire est ankylosée, les dents ne s'écartent que d'un millimètre, les aliments sont introduits en très petits fragments par un brèche dentaire, et avalés sans mastication. Depuis 25 ans, la santé est parfaite, et l'idée d'une opération d'Esmarch ou de Rizzoli, pour mobiliser la mâchoire, est écartée sans hésitation.

Le malade est entré à l'hôpital le 15 juillet pour une fistule salivaire du canal de Sténon, qui est, avec l'ankylose, un résultat de l'ancienne blessure, et qui siège à la partie la plus reculée du conduit, sur la face externe du masséter gauche. Depuis plusieurs années, cette complication locale a passé par des phases diverses : de temps à autre, un abcès de voisinage se forme au-dessous de la fistule, sur la face externe du masséter; aussitôt qu'il est ouvert, la fistule se cicatrise et la salive se met à couler par l'orifice de l'abcès. Tant que celui-ci est entretenu par une mèche ou un tube à drainage, l'orifice anormal du canal de Sténon reste fermé; laisse-t-on guérir l'abcès, aussitôt la fistule se reproduit et donne issue à la salive parotidienne. Bien des fois déjà, le malade a subi ces vicissitudes, et il vient nous demander d'y mettre fin. Voici dans quel état il se présente :

La fistule est guérie et remplacée par une petite cicatrice légèrement déprimée, d'apparence résistante; à trois centimètres au-dessous d'elle, à peu près sur la même verticale, existe un orifice d'abcès, et plus en avant, sur la face externe du buccinateur, un second orifice pareil au premier : tous deux ont été fait par un médecin il y a quelques semaines, et sont aujourd'hui traversés par un tube à drainage. Le malade sait par expérience que, s'il enlevait le tube et laissait guérir l'abcès, la fistule s'ouvrirait de nouveau. La salive coule abondamment, surtout après les repas, par l'orifice antérieur de l'abcès, au niveau du buccinateur. En résumé, la situation est celle-ci : le bout postérieur du

canal de Sténon verse la salive, non plus directement à l'extérieur par un orifice anormal, mais dans un foyer d'abcès qui représente comme une dilatation ampullaire du conduit, et la salive s'échappe au dehors par l'ouverture antérieure de cette dilatation, mieux placée que la postérieure pour lui donner passage.

En considérant l'orifice antérieur de l'abcès comme la vraie fistule à guérir, je me donnais une tâche relativement facile, puisqu'il était situé au niveau du buccinateur, et que je pouvais pénétrer dans la bouche par un trajet court et direct. Je me traçai donc le plan opératoire suivant : plonger un trocart par la fistule (orifice antérieur), à côté du drain qui l'occupe, et le faire sortir sur la muqueuse buccale, vers le point ou aboutit d'ordinaire le canal de Sténon; placer, à l'aide de la canule, un tube de caoutchouc dont l'extrémité antérieure sortira par la bouche; attacher l'extrémité postérieure au tube qui traverse actuellement le foyer, et tirer de manière à faire sortir cette extrémité par l'orifice postérieur de l'abcès; de telle façon qu'une anse de caoutchouc occupera le bout antérieur de nouvelle formation et le foyer dans toute son étendue, laissant la fistule dépourvue de corps étranger. Ensuite, j'aviverai la fistule et la fermerai par un point de suture; quand la salive aura repris son cours vers la cavité buccale, j'ôterai l'anse de caoutchouc, et je n'aurai plus à guérir, ou à laisser guérir de lui-même, que l'orifice postérieur de l'abcès, dernier temps sans importance pour les raisons que j'ai signalées.

En choisissant un tube à drainage pour reconstituer les voies salivaires, je ne pouvais d'avance affirmer qu'il suffirait, mais je voulais tenter un moyen très simple dans son exécution, et que les tissus devaient tolérer facilement; tel est le double motif qui m'éloignait, *à priori*, des autres procédés, Duphœnix, Deguise et Béclard. Voici maintenant ce qui arriva :

L'opération fut faite le 25 août. Je perforai la joue avec un trocart à hydrocèle, je plaçai le drain, et je fis, dans la même séance, l'avivement et la suture avec un crin de Florence. Les jours suivants, il y eut gonflement et douleurs modérés; on fit des injections phéniquées par le tube; mais la suture ne tint pas, et la salive se remit à couler.

Ce premier échec me parut s'expliquer facilement : le gonflement inflammatoire des premiers jours comprimait le tube à drainage, et la salive, ne pouvant couler par lui ni autour de lui, s'était fait jour de nouveau par la fistule. Je résolus donc de placer un tube de plus gros calibre, de le percer d'orifices plus nombreux, et surtout je compris qu'il fallait prendre patience et faire l'opération en deux temps : je devais consacrer plusieurs jours à faire le trajet et ne tenter l'oblitération de la fistule qu'après avoir assuré la perméabilité du nouveau canal.

Je laissai passer le gonflement inflammatoire, et bientôt le tube à drainage que j'avais mis le 25 août put glisser librement au milieu des tissus; alors je le remplaçai, le 3 septembre, par un tube plus large et muni d'un plus grand nombre de trous. En même temps, je m'aperçus que la fistule s'était d'elle-même rétrécie, preuve que déjà la

présence du premier tube avait en partie dérivé le cours de la salive, bien que le malade ne me fournît à cet égard aucun renseignement précis. Je pus même croire un instant qu'avec le nouveau tube, unc ou deux cautérisations au nitrate d'argent suffiraient pour oblitérer la fistule.

Les choses restèrent ainsi jusqu'à la mi-septembre. Pendant cette quinzaine, la salive sortait toujours par l'orifice anormal, surtout après les repas. Mais il en coulait aussi dans la bouche ; peu à peu le malade s'en rendit mieux compte, et de lui-même il prit l'habitude, après chaque repas, d'exercer des pressions d'arrière en avant, pour forcer la salive à se diriger vers la cavité buccale. Bientôt, sous la pression du malade, le liquide parotidien suivit en majeure partie le nouveau trajet, et la fistule devint presque sèche ; ce qui me fit penser qu'en fin de compte le tube de caoutchouc suffirait à reconstituer les voies salivaires, et que je n'étais pas loin d'atteindre mon but.

Le 17 septembre, avivement infundibuliforme et suture avec un crin de Florence. Pansement phéniqué simple. Je me garde bien d'enlever le tube à drainage ; car il faut, je l'ai dit en commençant, que le conduit salivaire de nouvelle formation soit maintenu par un moyen artificiel tant que la cicatrisation de la fistule n'est pas solidement assurée.

Le 24 septembre, ablation du crin de Florence. La fistule est fermée, rien ne coule plus en dehors ; cependant le malade continue à exercer des pressions qui favorisent le cours de la salive. Enfin, dans la première semaine d'octobre, l'écoulement se fait dans la bouche naturellement et sans difficulté. La cicatrice me paraissant solide et la nouvelle voie intra-génienne bien canalisée, je me décide, le 13 octobre, à enlever le tube à drainage.

L'orifice postérieur de l'ancien abcès restait seul à guérir ; ainsi que je l'avais prévu, il se ferma bientôt, presque de lui-même, et le 17 octobre, la guérison était parfaite. Le malade fut encore tenu en observation jusqu'au 22 et partit pour Vincennes.

Discussion.

M. Trélat. J'ai soigné deux fistules du canal de Sténon : l'une, il y a vingt ans, chez un curé, guérit en quatre jours par la compression au moyen d'un appareil; je vis l'autre malade, il y a dix ans, à la Charité; la fistule avait été amenée par un calcul salivaire, son trajet était oblique et avait à la fois un orifice cutané et un orifice muqueux, j'employai un procédé analogue à celui de M. Richelot; j'introduisis un fil de fer à travers la fistule, et le bout qui sortait à l'extérieur de la joue fut réintroduit dans un orifice artificiel fait à celle-ci en avant de l'autre. Les deux chefs du fil étaient alors dans la bouche, ils furent fixés sur un serre-nœuds qui resta en place 6 à 7 jours, jusqu'à ce que les tissus compris dans l'anse eussent été coupés.

A l'avenir, j'emploierai de préférence un tube en caoutchouc plein qui supprime le serre-nœuds.

M. LeFort. Je vis à l'Hôtel-Dieu une malade qui, par suite d'un épithélioma de la face, avait une fistule du canal de Sténon; j'appliquai des caustiques sur la tumeur, et l'écoulement de salive fut augmenté. Le conduit de Sténon était au niveau de l'ulcération, et le bout postérieur seul put être trouvé. J'introduisis dans celui-ci une aiguille droite armée d'un fil et je la fis sortir par la bouche; l'autre chef du fil fut passé également dans une aiguille et celle-ci introduite aussi dans la bouche au niveau de la fistule; je fis ensuite un simple nœud, le fil resta longtemps en place, coupant le pont qu'il enserrait.

M. Desprès. Tous ces procédés sont connus et décrits depuis longtemps, celui dont on parle est le celui de Deguise père, modifié par Béclard, je l'ai décrit dans mon dictionnaire.

M. LeFort. Ces procédés sont également décrits dans les éditions de la médecine opératoire de Malgaigne.

M. Trélat. Sans doute ces procédés sont anciens, mais il n'en est pas moins intéressant de connaître les résultats qu'ils donnent, d'autant plus que le procédé de Deguise se trouve modifié par l'emploi du caoutchouc.

M. LeFort. Il y a certainement avantage à se servir d'un fil élastique.

M. Delens. La fistule que M. Richelot eut à traiter diffère de celles dont il vient d'être question; elle siégeait au niveau du masséter et M. Richelot profita de la cavité d'un abcès pour placer un tube à drainage.

Les conclusions du rapport de M. Delens sont mises aux voix et adoptées.

Rapport

Sur un cas d'*ectopie périnéale du testicule*, communiqué par le docteur Baudry, de Lille,

par M. Le Dentu.

Messieurs,

L'observation dont vous m'avez chargé de vous rendre compte se signale à votre attention par la rareté de l'anomalie qui y est décrite; je fais allusion en ce moment, non pas à l'ectopie du testicule en elle-même, mais à la variété d'ectopie offerte par le sujet de M. Baudry.

Il s'agit d'un enfant nouveau-né qui portait à deux centimètres en avant de l'anus, du côté droit du périnée, une petite tumeur ovoïde dans laquelle il fut facile de reconnaître un testicule un peu plus petit que celui du côté opposé.

Le père de cet enfant a deux testicules normaux comme volume et comme siège; l'hérédité n'est donc pour rien dans l'anomalie.

Comme toujours, lorsqu'il s'agit d'ectopie périnéale, dans l'espèce cette dernière est unilatérale.

Le canal déférent se détache de la partie supérieure de la glande et peut être suivi jusqu'à l'orifice superficiel du canal inguinal. Il a donc ses connexions ordinaires avec elle, et n'occupe pas isolément, ainsi que cela s'observe quelquefois, le côté correspondant du scrotum.

Enfin le testicule est fixe dans la place qu'il occupe, sans doute par suite d'adhérences avec les tissus ambiants.

A propos de ce fait, M. Baudry se livre à quelques considérations sur les indications de la castration en cas d'ectopie testiculaire. Il soulève même la question de la castration préventive, dans le but de soustraire le testicule aux frottements, aux irritations, aux violences de toute sorte capables de déterminer la dégénérescence de son tissu ou simplement son inflammation aiguë ou chronique. Il fait remarquer avec raison que l'ectopie périnéale comporte des indications plus pressantes, puisque, dans la position assise et pendant l'équitation, l'organe saillant au périnée peut être froissé à chaque instant. Néanmoins, M. Baudry accorde ses préférences à la temporisation et croit sage, d'une manière générale, d'attendre qu'une circonstance quelconque force l'intervention.

Je m'associe, pour mon compte, à ces réserves. Sans doute, la castration, dans le cas d'ectopie périnéale, expose encore moins que dans le cas d'ectopie inguinale à des accidents sérieux, puisque le canal vagino-périnéal doit avoir d'autant plus de tendance à s'oblitérer, que le testicule est plus loin du canal inguinal; mais un testicule en ectopie n'est pas fatalement frappé de stérilité, si l'on s'en rapporte aux observations anatomiques de Godard qui, à l'encontre de Follin et de Gonbaux, a constaté huit fois l'intégrité des tubes séminifères. Quelque bénigne que puisse être l'opération, il faut donc obéir, en la pratiquant, à des indications précises; mais j'admets qu'une gêne notable, avec ou sans douleurs, causée par le siège anormal du testicule, la légitime suffisamment.

Je vous propose d'adresser des remerciements à M. Baudry, et d'insérer dans votre bulletin un extrait de son travail.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Un cas d'ectopie du testicule au périnée,

Par le Dr S. Baudry (de Lille).

Le 15 octobre dernier, le nommé Victor Q..., marinier, m'amenait un nouveau-né atteint de catarrhe simple de la conjonctive. Il me pria d'examiner en même temps une hernie que portait, disait-il, son enfant, et pour laquelle la sage-femme lui avait conseillé l'application d'un bandage spécial, sorte de spica de l'aîne.

L'absence de la moitié droite du scrotum et du testicule correspondant frappa immédiatement mon attention, et j'acquis vite la conviction qu'il ne s'agissait nullement d'une hernie, mais d'un cas, assez peu fréquent du reste, d'ectopie testiculaire périnéale.

Les organes génitaux du père sont tout à fait normaux.

Le nouveau-né mesure cinquante-quatre centimètres de longueur et me paraît d'une force moyenne. Le *pénis* est d'une longueur et d'un volume naturels et ne présente point d'anomalie. Le *scrotum*, réduit à sa moitié gauche, présente un raphé déjeté à droite; à partir de ce raphé, la peau se continue à droite sans plis et sans ligne de démarcation avec la peau des parties voisines. Je verse à plusieurs reprises quelques gouttes d'eau froide sur les parties génitales, et j'observe très nettement la rétraction et le froncement du scrotum à gauche, tandis qu'aucun mouvement ne se produit à droite. Le testicule gauche, l'épididyme et le cordon occupent leur situation normale et sont bien conformés. Le raphé ano-scrotal qui s'étend de l'anus à la terminaison du scrotum mesure 4 centimètres. A deux centimètres en avant de l'anus, et à la même distance en dehors de ce raphé ano-scrotal, on voit une petite tumeur recouverte par la peau dont la configuration extérieure est la même que celle du reste du corps. A la palpation, on sent très nettement une sorte de boule ovalaire, dont la surface est très régulière, dont la consistance uniforme est élastique, et dont la compression un peu exagérée determine une certaine agitation et les cris de l'enfant. C'est le testicule droit. Son volume est légèrement inférieur à celui du côté opposé. A sa partie supérieure on sent très nettement le canal *déférent* relativement volumineux, et on le suit sous la peau jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal. Aucune saillie anormale n'apparaît et ne se sent à ce niveau, pendant que l'enfant pousse des cris. J'essaie de remonter le testicule, mais il ne présente aucune mobilité.

Réflexions. Les conclusions tirées de l'analyse de nombreux cas de castration dans l'ectopie inguinale par M. Le Dentu (*Des anomalies du testicule*, th. d'agrégation, 1869) et par MM. Monod et Terrillon (*Arch. gén. de médecine*, 1880) me paraissent en grande partie applicables à l'anomalie que je viens d'observer. Ici, en effet, le testicule n'est-il pas, comme dans l'ectopie inguinale, et surtout dans *la position assise*, exposé à des traumatismes et à des froissements qui

sont le point de départ de dégénérescences si fréquentes, que l'ectopie a pu être considérée comme une cause prédisposante au cancer du testicule ! Ce sont surtout les *exercices d'équitation* que doivent s'interdire avec la plus stricte sévérité, les individus porteur de cette anomalie. J'ajouterai que, dans le cas que je viens de rapporter, la glande ne jouissant d'aucune mobilité ne pourra fuir les chocs, ni échapper à la moindre compression.

La castration périnéale, en raison de la situation si superficielle de la glande, est une opération plus facile que la castration inguinale; de plus, les dangers que redoutent tant certains chirurgiens, à cause des rapports intimes du testicule inguinal avec le péritoine, n'existent plus ici.

Si le testicule ectopié ne doit probablement jamais sécréter de spermatozoïdes, si, d'un autre côté, il est exposé, à la suite d'irritations de diverses sortes, à devenir le siège et le point de départ d'altérations organiques mortelles, devra-t-on en raison de l'inocuité de l'opération, pratiquer ici la *castration préventive* telle que l'a conseillée M. Aubert de Lyon. Je donne mes préférences à la temporisation, et je laisse à d'autres plus compétents le soin de résoudre la question.

Communications.

Cancer du rectum et rectotomie linéaire,

par M. Trélat.

Je vous ai montré, à l'une de nos dernières séances, une malade à laquelle j'avais fait un anus lombaire pour un épithélioma du rectum; aujourd'hui il s'agit de la même affection traitée différemment.

En octobre dernier, je fus appelé auprès d'un homme de 56 ans atteint d'un épithélioma du rectum qui débordait l'anus en bas et qui en haut remontait à la limite du doigt et déterminait une diarrhée avec ténesme des plus pénibles et se reproduisant dix à quinze fois par jour ; l'état général était très grave, mais il y avait cependant plus de souffrances que de dépérissement ; cela me décida à intervenir.

L'état du malade me paraissant trop mauvais et trop pressant pour pratiquer un anus lombaire, je fis alors la rectotomie linéaire avec le thermocautère en prolongeant mon entaille sur le côté et au delà du coccyx ; je pensais, par ce moyen, diminuer le ténesme et prolonger de quelques jours la vie du patient.

Après 2 mois, le malade était dans un état satisfaisant ; il vient de mourir le 19 juin, 8 mois après l'opération.

Je pense que dans cette survie on peut compter 7 mois à l'actif de la chirurgie.

Ce fait me conduit à répéter cette proposition générale, que dans certains cas graves de cancer de l'extrémité inférieure du rectum des opérations dites palliatives donnent quelquefois une survie plus considérable que les opérations soi-disant curatives.

Discussion.

M. Verneuil. Je suis heureux de voir M. Trélat nous communiquer une observation où la rectotomie linéaire a donné un bon résultat. Cette opération palliative que je me suis efforcé de vulgariser est sans danger et facilement praticable ; on doit la faire quand on peut franchir les limites de l'obstacle.

J'ai en ce moment dans mon service deux malades auxquels j'ai fait un débridement allant jusqu'à 8 et 9 centimètres au-dessus de l'anus ; la résection du coccyx est maintenant inutile, on prolonge la section sur un de ses côtés.

Je pratique cette opération avec le thermocautère après avoir fait une ponction en arrière du rectum ; l'opération est, je le répète, simple, bénigne et efficace.

J'ai fait remarquer autrefois que, généralement, les traumatismes subis par les tissus cancéreux, activaient leur marche ; il est particulier de voir que ces modifications ne se présentent pas dans le cancer du rectum, après la rectotomie; bien au contraire, il semble plutôt être momentanément amélioré.

M. Desprès. Je n'ai jamais pratiqué la rectotomie linéaire et les résultats que j'ai obtenus sont semblables à ceux de mes collègues; ce que j'emploie, c'est un traitement régulier dont la dilatation progressive est la base. J'ai en ce moment dans mon service une malade atteinte d'un rétrécissement étroit que j'ai dilaté en quelques jours.

Dans le cancer, la rectotomie donnera des accidents immédiats de gangrène et n'empêchera pas le retour des douleurs et de la rétention si l'on ne fait pas suivre au malade un traitement par la dilatation et les lavements.

M. Verneuil nous a dit autrefois qu'il ne fallait pas toucher au cancer; aujourd'hui la proposition est renversée, pour ce qui est du cancer du rectum.

M. Le Dentu. J'ai fait huit fois la rectotomie linéaire pour des cancers ou des rétrécissements du rectum ; jamais je n'ai vu d'accidents et toujours j'ai obtenu un bénéfice immédiat.

Cinq fois j'ai fait la rectotomie pour des cancers du rectum ou de l'anus, les douleurs ont cessé instantanément. Le soulagement,

dans ce cas, est dû à ce qu'on débride le tissu cancéreux, en faisant cesser la contraction, les spasmes du sphincter.

Dans les rétrécissements, la dilatation est bonne quelquefois, mais la rectotomie peut être nécessaire ; chez une jeune femme qui avait deux ou trois rétrécissements successifs, je fis, il y a deux ans, la rectotomie ; la malade va toujours bien et je maintiens la dilatation avec une canule.

En résumé, la rectotomie agit par débridement, elle soulage immédiatement, n'amène pas de gangrène et dans le cancer ne nécessite pas après elle l'emploi des mèches, ni des canules.

M. LeFort. Je ne parlerai pas des rétrécissements du rectum que je traite par l'électrolyse. Mais, à propos du cancer, je dirai que je considère la rectotomie linéaire comme une bonne opération. Non seulement elle fait disparaître les douleurs, mais quand le cancer est avancé il y a à craindre une rupture du rectum au-dessus du rétrécissement, c'est-à-dire une mort rapide ; avec la rectotomie, cette crainte disparaît, la dilatation, au contraire, la rendrait plus grande.

La rectotomie soulage donc et met à l'abri d'un danger.

M. Trélat. J'ai cité mon malade comme un exemple de l'utilité de la rectotomie, sans vouloir donner les indications, ni le manuel opératoire ; je suis heureux de voir la même pratique soutenue par MM. Le Dentu et LeFort.

A M. Desprès, je répondrai qu'il est mal situé pour juger une opération qu'il ne veut pas pratiquer.

Mon malade allait succomber, c'était un moribond ; par la rectotomie, je l'ai fait vivre encore 8 mois.

Trois fois j'ai fait la rectotomie et par un procédé plus simple que celui qu'indiquait M. Verneuil. Je ne fais pas de ponction, j'attaque directement le rectum avec le thermocautère, par l'orifice anal, ce qui simplifie l'opération.

M. Desprès. Je soutiens une opération qui était recommandée par nos anciens maîtres.

Hernie inguinale étranglée. — Adhérences de l'intestin au sac. Déchirure de l'intestin, suture intestinale. — Guérison rapide,

par M. Trélat.

Une femme de 35 ans entre dans mon service, à l'hôpital Necker, pour des accidents d'étranglement herniaire.

Elle porte depuis quelques années une hernie inguinale droite.

Il y a trois ans, des phénomènes de pseudo-étranglement se

sont montrés ; des manœuvres prolongées de taxis ont amené la réduction, mais quelques jours après un abcès s'est formé dans la région herniaire, s'est ouvert spontanément, puis a laissé une cicatrice irrégulière.

Depuis, la malade a essayé de maintenir la hernie au moyen d'un bandage, mais il paraît probable qu'elle n'est jamais complètement rentrée.

Le 11 juin, des phénomènes d'étranglement se montrent, la malade fait à plusieurs reprises des tentatives énergiques de taxis qui restent infructueuses.

Le 12 juin, apparaissent des douleurs vives, des vomissements; 24 heures environ après le début supposé de l'étranglement, on constate dans le pli de l'aine droite, une tumeur arrondie, du volume d'une petite orange ; la peau n'est pas tendue et présente la cicatrice de l'ancien abcès.

La malade est anesthésiée ; après un taxis infructueux, je fais une incision qui traverse des couches fibreuses épaisses avant d'arriver sur le sac. Après un petit débridement, je fais en vain une tentative de réduction sans ouverture du sac.

Le sac est ensuite ouvert, il présente un petit orifice qui serre fortement l'intestin ; celui-ci est adhérent au sac dans une étendue de 2 cent. 1/2 et une largeur de 1 centimètre. Je débride l'orifice, puis je dissèque les adhérences, l'intestin se déchire dans toute la longueur des adhérences, c'est-à-dire dans l'étendue de 2 cent. 1/2 je fais alors 7 points de sutures séparées de Lembert, puis j'achève la section des adhérences et après un nouveau débridement je réduis.

Je place un drain dans l'orifice du sac, et je résèque le sac. Deux sutures profondes sont faites au niveau de l'orifice du sac, puis des sutures superficielles.

Les suites de l'opération furent simples; la plaie se réunit par première intention ; les sutures profondes furent enlevées le troisième jour, le drain le septième jour.

La malade a quitté l'hôpital en parfaite santé le 5 juillet.

En publiant ce fait, je veux faire remarquer qu'il encourage à pratiquer la suture intestinale; j'attache aussi de l'importance à la position du tube à drainage. On doit le placer dans l'orifice péritonéal du sac, afin de faciliter la sortie des liquides du péritoine; on peut le diminuer au bout de 2 jours et l'enlever au bout de quatre.

M. Lucas-Championnière. Il y aurait beaucoup de points à relever dans l'opération faite par M. Trélat, qui est du reste semblable à ce que l'on fait tous les jours.

La suture du sac, la suture de l'intestin donnent de bons résultats.

Quant au drain intra-péritonéal, il présente deux inconvénients, d'abord il ne sert pas à grand'chose, il amène seulement au dehors un peu de sérosité; de plus il est nuisible en favorisant la récidive de la hernie.

Pour moi, je place le drain contre l'anneau, après avoir bien suturé les parties profondes et le sac, de façon à obtenir un mur solide. Si l'on place un tube dans l'orifice du sac, on ne peut établir ce plan résistant. J'ai suivi deux fois cette pratique; dans une autre opération, j'ai fermé complètement l'orifice. J'ai revu plusieurs de mes malades, ils n'avaient pas de récidive.

Dans un cas de cure radicale pour une hernie volumineuse, il n'y eut pas de récidive ; mais une femme que j'opérai d'une hernie crurale eut une récidive huit mois après, à la suite d'une pneumonie.

Quant aux tentatives de réduction sans ouverture du sac, je crois qu'elle n'ont plus leur raison d'être aujourd'hui et que cette pratique est destinée à disparaître. Pendant qu'on est sur le sac, mieux vaut faire de suite dans tous les cas la cure radicale de la hernie, plutôt que de s'exposer à une récidive rapide en laissant le sac, et cela d'autant plus que l'opération n'est pas plus grave dans un cas que dans l'autre.

M. Trélat. Je ne suis pas un partisan absolu de l'opération sans ouverture du sac ; mais je me réserve de la pratiquer si je puis. Je pense que quand un acte opératoire peut être réduit, il faut le réduire; or si on peut opérer sans ouvrir le sac, on ne fait pas de plaie au péritoine, ce qui est un avantage.

Dans les solutions de continuité de l'intestin, il faut distinguer les sections involontaires ou les déchirures de l'intestin, des destructions pathologiques amenées par l'étranglement; dans ce dernier cas, les résultats sont moins bons.

Quant au tube placé dans le trajet péritonéal, il est logique de ne pas l'employer quand on cherche uniquement la cure radicale; mais dans les hernies étranglées, on peut placer le tube assez haut, sans faire pour cela échouer l'opération; en outre, dans les cas graves où la sécrétion séreuse péritonéale est un danger, le drain est nécessaire pour en assurer l'écoulement et on devra le placer sur le bord de l'orifice péritonéal.

M. Pozzi. Il n'est pas exact de dire que l'opération sans ouverture du sac favorise la récidive; dans un cas de hernie inguinale après l'incision et le débridement, la hernie se réduisit sans que le sac eût été ouvert. Je fis des sutures et j'obtins une réunion par

Paris. —Soc. d'imp. Paul Dupont, 41, rue J.-J.-Rousseau.(Cl.) 36.7.82.- - Le Gérant. G. Masson.

première intention. Après trois mois il n'y avait pas de récidive, il y a eu cure radicale ; le sac forme alors bouchon dans l'anneau.

M. Lucas-Championnière. Je dis que l'opération sans ouverture du sac est aussi grave que l'incision du sac; quant au procédé de cure radicale qui consiste à former un bouchon avec le sac, c'est un des premiers employés et c'est une complication de l'opération.

Dans l'opération sans ouverture du sac, on laisse une cavité séreuse libre et la hernie se reproduit.

M. Pozzi. Il y a exagération à dire que l'opération a la même gravité que l'on ouvre ou non le péritoine.

Présentation d'un malade.

M. Le Dentu présente un homme de 55 ans à qui il a pratiqué, il y a un an, la *résection de l'extrémité interne de la clavicule*.

Cet homme était atteint d'une arthrite fongueuse de l'articulation sterno-claviculaire qui remontait à environ un an et qui semblait avoir été la conséquence d'un traumatisme (choc à distance dans une chute sur le coude). Le sujet est robuste et son passé est exempt de tout antécédent scrofuleux ou syphilitique.

L'opération a consisté dans l'extraction d'un petit séquestre, dans la résection de trois centimètres de l'extrémité interne de la clavicule, dans le raclage de la surface sternale et dans une légère cautérisation au thermo-cautère des fongosités tapissant le fond du foyer.

Le présentateur insiste sur le danger qu'il y aurait à attaquer vigoureusement la paroi postérieure du foyer; cette paroi doit être respectée comme une barrière à l'extension de la suppuration du côté du médiastin. Il faut se contenter de la racler superficiellement et de promener le thermo-cautère sur les fongosités.

La guérison n'a été obtenue que lentement en un an, par les pansements à l'iodoforme, par des cautérisations réitérées avec le thermo-cautère et par des injections d'iode.

Actuellement, l'état de l'opéré est excellent. Le bras correspondant a recouvré son intégrité fonctionnelle et les douleurs ont disparu.

Élection.

La Société de chirurgie est consultée sur la demande d'honorariat de M. Giraud-Teulon.

Cette demande est agréée à l'unanimité des suffrages.

La séance est levée à 5 h. 15 m.

Le Secrétaire,
Nicaise.

Séance du 12 juillet 1882.

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine.—Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie. — Marseille médical. — Lyon médical. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — Revue médicale de l'Est. — Journal de Thérapeutique de Gubler.— Gazette médicale de Strasbourg. — Revue scientifique de France et de l'étranger. — Journal de médecine et de chirurgie.*

3° *British medical. — Nouvelle gazette d'hygiène de Washington. — Nouvelle gazette médicale italienne-lombarde. — Bulletin des sciences médicales de Mexico.— La gazette médico-chirurgicale de la Havane. — La gazette de santé militaire de Madrid.— La gazette internationale des sciences médicales de Naples.*

4° *De l'angiome caverneux capsulé de l'orbite* par le Dr Camuset, de Dijon.

5° *De la lithotritie moderne*, par M. Henri Bigelow.

6° Une lettre de remerciements de M. le Dr Giraud-Teulon, nommé membre honoraire.

7° Bulletin et mémoires de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

8° *La femme stérile*, par M. le Dr Dechaux, de Montluçon.

9° *Observation de fibrolipome de la paume de la main*, par M. le Dr Moulinier, d'Excideuil (renvoyée à l'examen de M. Desprès).

M. le président annonce que M. Pilate, d'Orléans, membre correspondant national, assiste à la séance.



A propos du procès-verbal.

Fistule du canal de Sténon guérie par le simple passage et le séjour pendant trois jours d'un tube à drainage passé directement à travers l'orifice cutané,

par M. Pozzi.

L'observation intéressante de M. Richelot, sur laquelle M. Delens vous a lu un rapport dans la dernière séance, m'a rappelé un cas que j'ai traité par le même procédé il y a trois ans. Je ne vous l'aurais pas rapporté s'il ne me paraissait établir qu'on peut simplifier encore le procédé opératoire déjà peu compliqué mis en usage par M. Richelot, et se borner au passage direct d'un tube à drainage allant par le plus court chemin de l'orifice cutané à la muqueuse buccale.

Il s'agit d'une jeune fille de 25 ans qui m'avait été adressée à Lariboisière où je suppléais le Dr Labbé pendant les vacances de 1879. Voici son observation prise alors par un élève du service.

Antécédents. — Les accidents se sont montrés chez cette jeune fille à la suite d'un refroidissement ayant occasionné une périostite du maxillaire supérieur.

(La malade avait la deuxième molaire gauche cariée.) — Un médecin ouvre l'abcès en dehors. Il en sort une assez grande quantité de sang mêlé à du pus. L'abcès continue à suppurer pendant quelque temps, jusqu'au 1er mai dernier, où l'écoulement cesse complètement.

Arrachement de la dent cariée vers le 1er juin. A la suite de cette opération, la cicatrice de l'abcès se rouvre et laisse écouler un liquide filant, clair, par un petit orifice. Cet écoulement est intermittent, et se fait seulement au moment du repas. La malade se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — A son entrée, on constate une sorte de cicatrice ombilicale, au milieu de la joue gauche, à 6 centimètres environ du bord postérieur et du bord inférieur de la mâchoire, exactement sur le trajet du canal de Sténon. Au fond de cette dépression, on aperçoit un orifice étroit, entouré par de petites végétations fongueuses, en forme de choux-fleurs. Cette dépression ombiliquée est produite par un cordon induré, de nature inflammatoire, très facile à sentir et à saisir entre les doigts, et qui, partant de la dépression, va aboutir au maxillaire supérieur, en sorte que les téguments de la joue font pour ainsi dire corps, à ce niveau, avec la mâchoire supérieure.

Au moment du repas, on voit la salive couler goutte à goutte sur la joue.

Opération. — Passage d'une sonde cannelée par l'orifice, et incision sur la sonde cannelée de la muqueuse buccale, au niveau de la première molaire. Passage d'un drain, dont on réunit les deux bouts par

un fil, au niveau de la commissure de la lèvre gauche. La salive coule sur le tube, en quantité considérable, et non plus seulement au moment du repas, mais encore dans l'intervalle, si bien que la malade, dans l'espace d'un quart d'heure, en remplit facilement une bouteille à quinquina de 125 grammes.

Mais le drain détermine, dès le lendemain, un gonflement de la joue; cataplasme. Le surlendemain, le gonflement existe toujours; cataplasme. Le troisième jour, le gonflement diminue. Le quatrième jour, on enlève le drain, qui sent un peu mauvais.

La salive continue à s'écouler au dehors, mais cependant un peu moins qu'au moment du drain. Cinq jours après l'enlèvement du tube, la salive ne coule plus au dehors, mais la difformité résultant de la cicatrice adhérente au maxillaire persistait. Pour la faire disparaître au bout de quelques jours, M. Pozzi fit l'opération suivante : incision circulaire, au niveau de la joue, autour du cordon induré. Dissection, extraction de la petite masse fongueuse et du tissu inodulaire sous-jacent. Débridement sous-cutané, et rapprochement par glissement des lèvres de la plaie. Sept points de suture. Pansement un peu compressif avec éponge et ouate, laissé pendant trois jours. Après ce temps, on trouva une réunion presque parfaite des lèvres de la plaie. Mais deux jours après, petit point rouge gonflé au niveau de la partie médiane de la suture, puis ouverture circulaire qui laisse couler la salive à l'extérieur.

Cautérisation au nitrate d'argent de cet orifice pendant huit jours, après lesquels il se ferme. A partir de ce moment, guérison complète. La salive ne coule plus du tout au dehors. On la voit, au contraire, suinter goutte à goutte, à la surface interne de la joue, après avoir essuyé la muqueuse buccale avec un linge et en mettant un morceau de sucre sur la langue de la malade. La dépression qui existait à la face externe de la joue gauche est considérablement diminuée, et la difformité qui en résultait a presque complètement disparu.

En résumé, cette fistule du canal de Sténon, récente à la vérité, a été guérie par le simple passage d'un tube à drainage laissé en place pendant trois jours. Il est possible de s'expliquer le mode d'action de cette thérapeutique si simple, qu'on devra toujours essayer avant d'avoir recours à une opération plus compliquée. Le séjour du corps étranger irrite, avive pour ainsi dire le trajet où se déverse la salive. Quand le tube est supprimé, le trajet tend à s'oblitérer; cette oblitération marche plus vite du côté de la peau que du côté de la muqueuse. Par suite, à un certain moment, une seule voie d'écoulement existe pour la salive du côté de la bouche, et l'on a transformé réellement la fistule cutanée en fistule muqueuse, ce qui équivaut au rétablissement du cours naturel:

Je le répète, ce résultat a été obtenu sans autre opération que le passage du drain. L'excision des fongosités et du tissu inodu-

laire avait pour but uniquement de porter remède à la difformité résultant de l'adhérence profonde de la cicatrice.

Remarquons en terminant que cette opération cosmétique complémentaire devrait peut-être être faite, le cas échéant, comme opération préliminaire, puisqu'elle a donné lieu, malgré la suture, à la réouverture momentanée de la fistule cutanée.

Enfin, on voit qu'il suffit de passer le drain directement d'avant en arrière. L'obliquité de son trajet ne sera utile que lorsque, dans un cas spécial comme celui de M. Richelot, le même drain devra remplir à la fois deux offices : un rôle modificateur du trajet, et un role évacuateur d'un foyer purulent voisin. Mais on ne saurait ériger en règle générale une pratique tout éventuelle.

Discussion sur les variétés des tumeurs blanches.

M. Després. Je me bornerai à quelques remarques sur la communication incidente de M. Lannelongue. J'aurais voulu discuter à fond la pathogénie de la tuberculose, mais l'occasion ne manquera pas de se représenter, je l'espère.

Quoique j'admette, comme M. Lannelongue, deux variétés seulement de tumeurs blanches, je ferai ressortir une contradiction saisissante de son travail, et je me permettrai de contester la théorie allemande de Koster : la propriété infectieuse des tubercules.

La contradiction existe dans l'affirmation de la propriété infectieuse de la tuberculose articulaire et le traitement proposé par M. Lannelongue, c'est-à-dire le traitement banal des arthrites : pointes de feu, cautérisation térébrante, compression et immobilisation, et enfin amputation ou résection. Du moment où le mal est si infectieux qu'on le dit, il faudrait avoir le moyen de le reconnaître à son début et pratiquer de suite l'ablation du mal, et particulièrement l'amputation. Ou la théorie infectieuse de la tuberculose est un vain mot, ou il faut faire le plus rapidement possible une amputation radicale.

Mais cette théorie infectieuse de la tuberculose est-elle donc si claire ? Les expériences de M. Villemin, de Koste, les expériences de M. Lannelongue prouvent une de leurs conclusions, mais il faudrait la contre-épreuve, il faudrait voir si la tuberculose pulmonaire ne survient pas quand l'on injecte du pus d'un abcès chronique ou de la sérosité des abcès froids anciens, et si l'on ne trouve pas dans ces cas les mêmes lésions. Ne sait-on pas que des poussières inertes, introduites par les voies respiratoires ou en injections, ont produit des lésions voisines de la tuberculose, que l'on n'y a pas trouvé de différences ?

Quant aux autopsies d'articulations atteintes de tuberculose, quelle valeur cela peut-il avoir si on observe les articulations malades deux ou trois ans après le début de l'arthrite ? Pour établir la réalité de l'arthrite tuberculeuse, il faudrait trouver les lésions de la tuberculose pendant les premiers mois de la production du mal, et cela n'est point dans la réalité des faits. L'arthrite, avant de devenir tumeur blanche, peut présenter des débuts divers et n'être point d'abord de la tuberculose articulaire.

Enfin la division des arthrites en tuberculeuse et non tuberculeuse, telle que l'a présentée M. Lannelongue qui, vous le savez, fait venir de l'os les tubercules, n'est qu'une réédition de l'ancienne division des tumeurs blanches en deux variétés, division bonne d'ailleurs, adoptée par Velpeau dans sa *Clinique chirurgicale*, puis par M. Richet dans sa thèse inaugurale [1], et nous verrons tout à l'heure pourquoi.

Je divise les tumeurs blanches en deux variétés, avec cette différence que je ne fais pas servir de criterium une anatomie pathologique douteuse, mais bien la clinique. Il y a deux variétés de tumeurs blanches : la tumeur blanche simple et la tumeur blanche chez les tuberculeux.

La première variété comprend toutes les arthrites chroniques ayant leur origine dans l'inflammation des parties molles et dans les os; la seconde comprend les mêmes arthrites sans exceptions, y compris même l'arthrite sèche ; j'ai amputé la cuisse à un malade qui avait une arthrite de ce genre et chez lequel la tuberculose consécutive est survenue.

L'arthrite aiguë seule ne devient jamais de la tuberculose articulaire.

Lorsqu'un malade a une arthrite chronique qui débute, peut-on établir un diagnostic différentiel précis? Je n'hésite pas à dire oui, et j'espère combler une lacune qui existe dans la doctrine même de ceux qui croient à l'arthrite tuberculeuse.

Le premier moyen consiste à rechercher les antécédents des malades et ceux de leurs proches parents, père et mère, frères et sœurs, et même de leurs ascendants. Toutes les fois qu'il y a dans les antécédents du malade une maladie grave, variole, fièvre typhoïde, choléra, fièvres éruptives graves autres que la variole, diarrhée du sevrage, il y a à craindre que les arthrites, quelle que soit leur origine, ne se transforment en une tumeur blanche tuberculeuse. Les enfants nés de parents tuberculeux ou frères de

VELPEAU, *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 18.

[1] RICHET. *Thèse*, Paris, 1844, et *Annales de la chirurgie française et etrangère*, 1844, t. XI.

tuberculeux, sont dans le même cas, et leur sort est à peu près certain.

Dans l'application même du traitement, vous avez encore un élément de diagnostic.

Quelle que soit l'arthrite chronique que nous rencontrions dans notre pratique, nous sommes à peu près tous d'accord pour admettre que le meilleur traitement est l'immobilisation avec l'excellent appareil ouaté de Burggraeve si bien perfectionné par Nélaton. Mais l'on n'est pas d'accord sur la durée du traitement. Pour ma part, je commence d'abord par faire garder l'appareil compressif immobilisateur pendant six mois. Oh ! il n'y a pas à craindre l'ankylose ; si les besoins ne rendent pas cette terminaison fatale, j'ai tenu six mois dans un appareil un genou atteint de synovite chronique et, au bout de ce temps, le malade a guéri avec les mouvements conservés. Mais si les os et les surfaces articulaires sont malades, l'ankylose arrive et il faudrait chercher encore à l'obtenir si elle n'arrivait pas. En effet, le mode de guérison naturelle est l'ankylose.

M. LeFort fait un signe de dénégation ; il me montrera bien des synovites simples, des hydarthroses chroniques guéries sans ankylose, mais il ne me montrera jamais des tumeurs blanches avec tuméfaction des extrémités osseuses et déviation des articulations, guéries avec les mouvements. On ne guérit avec des mouvements que les tumeurs blanches des parties molles, et c'est à cause de cela que je trouvais bonne la division des tumeurs blanches donnée par Velpeau.

Donc, si l'ankylose est le mode de guérison des tumeurs blanches non tuberculeuses, c'est le but que doit poursuivre la thérapeutique chirurgicale, mais il ne faudrait pas faire comme quelques-uns de nos collègues qui se contentent de deux ou trois mois d'immobilisation puis font de la révulsion, puis immobilisent de nouveau. Avec ce traitement, ils n'atteignent pas le but. Nous voyons des malades ainsi traités qui, après des alternatives de mieux et de pire, en arrivent à se faire amputer le membre ou réséquer l'articulation malade. Il faut immobiliser le membre pendant 6 mois d'abord ; si le traitement a amélioré l'état du malade, si les mouvements sont moins douloureux, il y a alors espoir et on place un nouvel appareil pour 6 autres mois. (Je parle ici des arthrites que l'on prend presqu'à leur début.)

C'est alors que le jugement va pouvoir être porté.

Si, pendant ce temps, le malade dépérit, s'il souffre encore, s'il se nourrit mal, prenez garde, la tumeur blanche devient tuberculeuse. C'est alors qu'il faut prendre un parti, et ce parti est radical, il faut amputer ou réséquer. Personnellement, j'aime mieux

amputer, surtout s'il s'agit du membre inférieur. C'est dans la première année du traitement de la tumeur blanche qu'il faut prendre ce grave parti. Si le malade conserve sa santé, poursuivez l'application des appareils jusqu'à ce que vous ayez obtenu l'ankylose.

Messieurs, il y a des enfants qui n'appartiennent pas à des familles de tuberculeux et qui cependant ont des tumeurs blanches tuberculeuses avec des tubercules pulmonaires; dans beaucoup de cas de ce genre, il ne faut attribuer la terminaison funeste du mal qu'au mode de traitement employé. Je soigne en ce moment, à la consultation de la Charité, une fille de 14 ans, ne présentant aucun antécédent ou précédent de tuberculose, qui a une tumeur blanche datant de 6 ans et qui a des cavernes dans ses deux sommets; tous les révulsifs, les vésicatoires, les cautères, les appareils inamovibles très intermittents ont été employés; les masseurs, les électriciens, tout y a passé, on voulait garder les mouvements. Si cet enfant avait été immobilisée sérieusement il y a 4 ans, elle aurait guéri, il fallait chercher l'ankylose quand il était temps.

Certes, l'enfant avait acquis l'étoffe de la tuberculose, et ceci n'est pas nouveau, Velpeau avait bien dit que la suppuration des articulations retentissait sur les poumons et qu'une amputation faite à temps arrêtait parfois la marche des engorgements des poumons. Mais croit-on que les insomnies dues à la douleur, les mouvements sans cesse douloureux n'ont pas hâté la marche de la tuberculose qui a mis cependant un long temps à venir : 6 années, entendez-le bien. Faut-il rappeler que nous ne perdons presque pas de malades atteints de tumeur blanche des petites articulations, que nous pouvons très bien immobiliser, tandis que dans la tumeur blanche coxo-fémorale ou coxalgie, que, malgré les excellents appareils de Bonnet et surtout la gouttière, nous ne pouvons que bien rarement immobiliser à notre gré, la mortalité est considérable ; si quelque chose peut retarder l'évolution des tumeurs blanches chez les tuberculeux, c'est l'immobilisation. L'ankylose une fois obtenue en effet, tous les dangers de la suppuration disparaissent. Combien est différente la gravité d'un abcès circonvoisin autour d'une coxalgie récente sans ankylose, de la bénignité des abcès tardifs qui surviennent autour d'une ancienne coxalgie. L'abcès d'origine osseuse et articulaire n'a plus alors que la gravité ordinaire des abcès qui surviennent autour de la diaphyse des os longs. Je n'ai pas besoin de citer de faits, vous avez tous vu à cet égard ce que j'ai vu.

En résumé, il n'y a que deux variétés de tumeurs blanches, et par ce mot j'entends ces arthrites chroniques où les os et les parties molles sont malades : la tumeur blanche simple et la tumeur blanche du tuberculeux.

Toutes les fois qu'il y a présomption de tuberculose et aussitôt que l'immobilisation prolongée de l'articulation ne semble pas produire une amélioration de la santé générale et de la maladie articulaire, il faut de suite amputer ou réséquer le membre malade.

Enfin, dans toutes les autres tumeurs blanches, le seul traitement sûr est l'immobilisation et la compression de l'articulation, non pas quelques semaines mais bien des mois et même deux ou trois ans, jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'ankylose qui est le mode de guérison des tumeurs blanches chez les malades qui ne deviennent pas tuberculeux.

Présentation de malade.

Amputation ostéo-plastique du pied

Par M. Léon LEFORT.

Messieurs,

Quoiqu'ayant pratiqué une quinzaine de fois mon amputation ostéo-plastique du pied, je n'ai pas encore eu l'occasion, par suite de diverses circonstances, de vous présenter un de mes opérés. Je répare cette omission en vous présentant celui-ci, qui, du reste, ne marche ni mieux ni plus mal que les autres, et il serait difficile en le voyant marcher de se douter qu'il lui manque un pied.

Voici l'histoire succinte de ce malade agé de 40 ans :

Vers la fin de novembre 1881, il fit une chute en descendant un escalier, le lendemain il fut obligé de s'aliter et il lui survint des abcès à la face interne de la cuisse et au jarret, qui furent ouverts; vingt-trois jours après il était guéri et reprenait son travail. Douze jours plus tard, il fut de nouveau obligé de s'aliter ; mais cette fois c'était au pied que siégeait le mal. Le pied était gonflé, rouge, douloureux, un abcès se forma et fut ouvert douze jours après par une incision pratiquée sur la première commissure inter-digitale, quelques jours plus tard nouvelle incision sur le dos du pied.

Il se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu le 17 février dernier. Le pied tout entier est tuméfié et altéré dans sa forme, le gonflement commence au cou-de pied ; il est surtout accentué à la partie antérieure. Vers le milieu de la face dorsale, en avant d'une cicatrice ancienne, une petite fistule conduit sur les os dénudés. Une fistule plus large existe à la commissure inter-digitale, près du second orteil, et le stylet pénètre jusqu'au second métatarsien en rencontrant les os dénudés. La plante du pied est devenue plane et même quelque peu convexe. Il y a de l'empâte-

ment derrière les malléoles, mais l'articulation tibio-tarsienne paraît saine.

Je proposai au malade l'amputation qui fut de suite acceptée. Elle fut pratiquée le 3 mars dernier. Je dirai tout à l'heure quelques mots du manuel opératoire.

Les suites furent des plus simples. Dès le cinquième jour, la température qui s'était élevée au-dessus de 39 descendit à 38, oscillant entre 37,2 et 38,6. Je fis le premier pansement le neuvième jour, le second le vingt-troisième, le troisième le vingt-neuvième. A cette époque, le tibia et le calcanéum paraissaient bien soudés. Comme dans beaucoup d'amputations du pied (amputation de Syme, de J. Roux, sous-astragalienne) j'eus à soigner un abcès dans une des gaines musculaires de la jambe. Dans ce cas, l'abcès que j'ouvris le 23e jour siégeait dans la gaine du jambier antérieur.

A partir du 12 avril, le malade peut être considéré comme guéri; mais je ne le laisse se lever et se promener qu'à partir du 26 avril. Il peut dès lors s'appuyer sur son moignon qui présente toute solidité.

Vous voyez avec quelle facilité marche ce malade. La perte du pied est masquée par un avant-pied en liège qui remplit la chaussure; pour donner plus de solidité à la semelle j'y ai fait insérer entre deux cuirs une mince semelle élastique. Le plus ordinairement, je donne au malade une chaussure ronde, en forme de sabot de cheval; c'est la chaussure que porte l'un des infirmiers de la Charité, attaché au service de M. Desprès et auquel j'ai fait il y a quelques années cette même opération.

Lorsque j'ai décrit cette opération, telle que je la pratiquais alors, dans le *Manuel de médecine opératoire* de Malgaigne, je détachais d'abord l'astragale, ce qui compliquait beaucoup l'opération. Je ne tardai pas à la faire d'une manière beaucoup plus simple et plus rapide et je ne crains pas de dire qu'elle est des plus faciles.

Je fais l'incision dite de Jules Roux, incision que Nélaton et M. Verneuil ont appliqué à l'amputation sous-astragalienne ; mais je la fais passer un peu plus bas au-dessous des malléoles. Je dissèque les parties molles du dos du pied jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne. Je coupe les ligaments internes et externes de cette articulation, je l'ouvre comme si je voulais désarticuler le pied, je dégage la face postérieure du calcanéum jusqu'à l'insertion du tendon d'Achille que je respecte, j'engage derrière le calcanéum une scie de Butcher à lame mince et dont les dents sont tournées du côté de l'arbre et je poursuis horizontalement ma section jusqu'à ce que je sois arrivé en avant du calcanéum. Je m'en aperçois facilement, car l'avant-pied devient mobile et je le sépare au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne. L'avant-pied part, avec l'astragale intacte, encore attachée à la couche supérieure du calcanéum et au scaphoïde.

Il est tout naturellement nécessaire de ménager dans le lambeau au niveau de la malléote interne l'artère tibiale postérieure.

Il ne me reste plus pour terminer l'opération qu'à détacher les parties molles qui recouvrent les os de la jambe jusqu'au-dessus des malléoles et à scier horizontalement le plateau articulaire du tibia et du péroné.

Le pansement est la partie la plus délicate, puisqu'il s'agit de maintenir en rapport le calcanéum et le tibia. On pourrait peut-être appliquer en avant une suture métallique entre ces os; mais jusqu'à présent je ne l'ai pas fait. De tous les moyens de contention que j'ai essayés, gouttière de plâtre imbibée de gomme Damar dissoute dans l'éther, gouttière de gutta-percha, bandelettes de diachylum, c'est au diachylum que je donne la préférence; je maintiens le calcanéum en place par de longues bandelettes en étrier, placées sur toute la circonférence du membre et remontant jusqu'au genou. Au-dessus, je place soit des compresses imbibées d'eau alcoolisée camphrée, soit simplement du coton hydrophile ou de la ouate, je maintiens le tout par de nombreux tours de bandes et je fais le premier pansement le plus tard possible. Je l'ai fait dans ce cas le neuvième jour, j'ai quelquefois tardé jusqu'au quinzième. Il importe dans les premiers pansements de ne pas ébranler le calcanéum, non encore suffisamment soudé.

Tous mes opérés ont marché avec la plus grande facilité. MM. Duménil (de Rouen) et Boeckel (de Strasbourg) qui ont suivi mon exemple se louent beaucoup de cette opération qui entrera de plus en plus, j'en suis convaincu, dans la pratique chirurgicale ordinaire.

Présentation de malade.

Kyste de l'ovaire guéri par les injections iodées,

par M. Desprès.

Dès l'âge de 2 ans, cette malade eut, dit-elle, toujours le ventre très développé, mais ce n'est que vers l'âge de 16 ans que l'attention fut sérieusement attirée de ce côté. L'abdomen, en effet, avait acquis un volume considérable. La malade éprouvait une gêne marquée surtout dans la marche et à la suite d'exercices un peu violents. La respiration était aussi gênée. Il existait une sensation de pesanteur dans le bassin, se changeant parfois en véritable douleur avec irradiations dans les membres inférieurs et les lombes.

Aucun symptôme à noter du côté des voies génitales, sauf l'irrégularité des règles. La menstruation s'établit à l'âge de 15 ans et depuis

a toujours été irrégulière. Parfois, les règles ne se manifestaient que tous les 2 mois et peu abondamment; d'autres fois, au contraire, elles reparaissaient tous les 15 jours et plus abondantes que de coutume.

Les choses durèrent dans cet état jusqu'à l'âge de 25 ans, époque où la malade, voyant son ventre devenir de plus en plus volumineux et être pour elle la source d'une gêne continuellement croissante, se décida à consulter un médecin en Auvergne. Celui-ci pratiqua une ponction à l'abdomen qui donna issue à 22 litres de liquide limpide et clair (1879).

Aucune injection ne fut faite dans la tumeur. La ponction ne fut suivie d'aucun accident; mais la tumeur se reproduisit rapidement et, quelques jours après, le ventre avait repris son volume antérieur.

La malade alors vint à Paris, et entra le 22 juillet 1881 à l'hôpital de la Charité chez M. Laboulbène, qui, ayant reconnu que l'affection était du domaine de la chirurgie, envoya la malade à M. Desprès.

Le 30 octobre, le chirurgien pratiqua dans la tumeur une ponction qui donna issue à 22 litres de liquide environ. Pas d'injection iodée, le liquide était citrin et non filant. 8 jours après, le liquide s'était reformé et la tumeur étant moins grosse, l'opération fut décidée.

Le 4 décembre, nouvelle ponction qui donna issue à environ 10 litres de liquide. Cette ponction est suivie de l'injection dans le kyste de *teinture d'iode iodurée.*

Eau, 100 grammes, Teinture d'iode, 100 grammes, Iodure de potassium, 5 grammes. (Solution de Boinet.)

Cette injection donna lieu à une réaction inflammatoire assez marquée; mais qui ne dura que 4 jours. La température ne dépassa guère 39°.

Le kyste ne tarda pas à se reproduire lentement.

Le 21 janvier 1882, après une ponction qui permet de retirer 6 litres de liquide, on injecte de nouveau dans le kyste 200 grammes de teinture d'iode, mais pure, cette fois, et qui fut laissée presque totalement dans le kyste.

Pendant 4 jours, on observe des phénomènes d'inflammation locale, sans réaction générale bien vive. (La température ne monte qu'une seule fois à 39°.)

La tumeur diminue progressivement, et 2 mois après a complètement disparu.

Actuellement (10 juillet), il n'en reste plus d'autres traces que des rides et des plis nombreux de la paroi abdominale antérieure distendue autrefois par le liquide. On ne sent pas de tumeur dans l'abdomen. Le ventre mesuré à l'ombilic, depuis 4 mois tous les 8 jours, ne donnait aucune augmentation. Les règles depuis l'opération sont venues normalement tous les mois.

Pour faire les injections iodées, je me suis servi d'un flacon à 2 tubulures et d'ajutages en caoutchouc. Un tube en caoutchouc adapté à la canule du trocart permit au liquide du kyste d'entrer dans le flacon, ce qui me mit en garde contre l'introduction de l'air, puis

à l'aide d'un soufflet en caoutchouc, je fis pénétrer l'injection iodée contenue dans le flacon. Il n'est pas entré la moindre quantité d'air dans le kyste, mais j'ai réinjecté avec l'iode du liquide du kyste, ce qui n'offre aucun inconvénient.

Lectures.

M. Fieuzal lit une observation intitulée : *Opération d'ectropion cicatriciel par la méthode de la transplantation cutanée*.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Sée, Guéniot et LeFort, rapporteur.

M. Parinaud lit une observation intitulée : *Fistule dentaire que l'on pourrait confondre avec une tumeur lacrymale.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Farabeuf, Le Dentu et Desprès, rapporteur.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

NICAISE.

Séance du 19 juillet 1882.

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris ;

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin de thérapeutique. — Montpellier médical. — Journal de médecine de l'Ouest. — Annales de gynécologie. — Lyon médical. — Revue médicale. — Journal de médecine. — Le Praticien. — Revue scientifique.*

3° *Revue des sciences médicales de France et de l'étranger.*

4° *British medical. — Gazette médicale italienne-lombarde.*

5° M. Gripat d'Angers, adresse une observation intitulée : *Ané-*

vrisme artério-veineux devenu spontanément artériel. (Renvoyée à l'examen de M. Polaillon.)

A propos du procès-verbal.

M. Desprès. Je veux mettre la Société à même de comparer deux opérations voisines : l'amputation ostéo-plastique du pied, de M. LeFort, et la désarticulation sous-astragalienne avec résection de la tête de l'astragale, telle que je la pratique ; je vous présente deux malades qui ont été opérés l'un par M. LeFort, l'autre par moi ; je reconnais que le moignon du malade de M. LeFort est plus favorable pour la marche que celui de mon opéré, malgré la régularité et le bon résultat de l'opération.

M. Trélat. On ne peut guère comparer la sous-astragalienne à l'amputation ostéo-plastique de M. LeFort, mais plutôt les opérations ostéo-plastiques entre elles, les opérations de M. LeFort et de Pirogoff.

La désarticulation sous-astragalienne a d'autres indications.

Quant au résultat, d'après les opérés que j'ai vus, je considère qu'il est plus favorable après les opérations ostéo-plastiques qu'après la désarticulation sous-astragalienne.

M. LeFort. Il est bien certain que quand le calcanéum est malade, il faut faire la sous-astragalienne, mais ordinairement on a le choix entre l'une ou l'autre opération ; je ne parle pas de l'amputation de Chopart que je considère comme mauvaise. En France, on fait généralement la sous-astragalienne et non l'opération de Pirogoff ; je crois mon opération préférable.

M. Trélat. Au sujet de l'amputation de Chopart, je l'ai pratiquée trois fois et avec de bons résultats.

On peut faire sur le pied une série d'opérations dont chacune devient opportune à un moment donné.

M. Desprès. Mon malade avait eu une brûlure de la jambe qui l'a maintenu au lit pendant un an ; la suppuration avait amené une raréfaction de l'os telle que le calcanéum se brisait.

J'ai voulu dire qu'entre la sous-astragalienne et le procédé de M. LeFort, c'était celui-ci qui donnait un meilleur moignon pour la marche.

Discussion sur le traitement des kystes de l'ovaire par l'injection iodée.

M. Trélat. Je veux faire remarquer que la malade que nous a présentée M. Desprès comme guérie d'un *kyste de l'ovaire par l'injection iodée*, avait sans doute un kyste parovarien à contenu limpide et peu albumineux, kystes qui guérissent souvent par une seule ponction, ou avec une injection de teinture d'iode.

M. Lucas-Championnière. Je vais plus loin que M. Trélat et je dis que l'injection iodée est loin d'être exempte de dangers et qu'elle est plus meurtrière que l'ovariotomie. Jamais je n'ai fait l'injection iodée, et si je l'employais ce serait dans un kyste adhérent de toutes parts aux parties voisines.

Aussi, en présence d'un kyste même uniloculaire, je fais l'ovariotomie; j'ai opéré une femme dans ces conditions, il y a 15 jours ; l'opération a été très simple, la température n'a pas dépassé 38°, température moins élevée que celle qu'a présentée la malade de M. Desprès.

Il suffit de se reporter aux observations de M. Boinet pour voir que l'injection iodée présente plus de dangers que l'ovariotomie.

M. LeFort. L'attaque de M. Lucas-Championnière contre l'injection iodée n'est pas juste; si autrefois l'injection iodée donnait une mortalité plus élevée que celle donnée actuellement par l'ovariotomie, cela tient qu'alors on traitait par l'injection tous les cas. Or, il faut distinguer les kystes uniloculaires des kystes multiloculaires. Pour moi, j'admets difficilement l'ovariotomie dans ces kystes uniloculaires, pour ceux-ci la ponction suffit souvent; à ce sujet, je dirai que c'est une erreur de croire que les ponctions répétées amènent des adhérences.

En 1863, je fis chez une femme atteinte d'un kyste de l'ovaire, une ponction qui donna issue à 20 litres de liquide citrin, la malade guérit. Je la revis plus tard à l'hôpital Cochin, la guérison s'était maintenue.

Donc, quand on ponctionne un kyste de l'ovaire, ce qui est toujours prudent avant toute autre intervention, si ce kyste est uniloculaire, il faut attendre. En résumé, on ne doit pas confondre pour juger la valeur de l'injection iodée les kystes uniloculaires et les kystes multiloculaires.

M. Trélat. M. LeFort vient de dire ce que j'avais également l'intention d'exprimer. M. Lucas-Championnière avance que chaque

fois qu'un kyste est enlevable il faut l'enlever; oui, quand il s'agit d'un kyste multiloculaire; mais si ce kyste présente exceptionnellement des conditions de guérison spontanée, il ne faut pas faire l'ovariotomie; une ponction pourra amener la guérison; si le kyste récidive, on fera une nouvelle ponction suivie d'injection iodée.

M. Duplay. J'appuie ce qui vient d'être dit par MM. Trélat et LeFort; depuis 4 ou 5 ans, j'ai vu 10 cas de kyste à liquide séreux, ils ont tous guéri par une ponction. Le liquide peut se reproduire, alors la guérison survient après la deuxième ou la troisième ponction; enfin plus tard on pourrait avoir recours à l'injection iodée; mais, comme à M. Lucas-Championnière, elle me paraît grave.

J'ai traité deux malades par l'injection iodée; chez l'une, le liquide se reproduisit, je fis une seconde injection qui amena des accidents graves; dans l'autre cas, l'injection iodée fut suivie d'accidents très graves et je finis par faire l'ovariotomie.

Donc quand les ponctions échouent, l'ovariotomie me paraît préférable à l'injection iodée. M. Lucas-Championnière a été trop loin en disant que tout kyste devait être enlevé; quand on a fait le diagnostic du kyste parovarien, c'est la ponction qu'il faut employer.

M. Terrier. Nous n'avons pas de renseignements sur la nature ni sur l'examen du liquide de la malade de M. Desprès, nous ne savons s'il s'agit d'un kyste du parovarium ou d'un kyste de l'ovaire paraissant uniloculaire.

Dans le kyste parovarien, il ne faut pas faire l'injection iodée; la ponction suffit souvent, comme j'en ai vu plusieurs exemples, un entre autres avec M. Nicaise qu'il a opéré il y a 5 ans. Si le liquide se reproduit, on a recours à l'ovariotomie.

Quant à l'injection iodée, c'est une opération sérieuse; la malade de M. Desprès a eu 39°; cette température est rarement atteinte dans l'ovariotomie, et quand elle se montre le cas est grave.

M. Lucas-Championnière. Le diagnostic des kystes parovariens n'est guère facile et l'on ne sait vraiment à quelle tumeur on a affaire que quand le ventre a été ouvert.

Chez nos deux malades le liquide s'est reproduit après la ponction, alors j'ai fait l'ovariotomie.

Le cas de M. LeFort est exceptionnel; souvent dans les kystes du parovarium, l'ovaire lui-même est malade, et dans mes deux cas j'ai dû enlever l'ovaire qui était altéré.

En présence d'un kyste ovarien qui persiste, il faut donc l'enlever le plus tôt possible, d'autant plus que dans les kystes simples la mortalité est très faible; on rejettera l'injection iodée.

M. Verneuil. Nous examinons en ce moment deux questions, la valeur des injections iodées et celle de l'ovariotomie.

Je rappellerai d'abord que j'ai fait il y a 15 ou 16 ans, un mémoire sur les kystes de l'organe de Rosenmüller que l'on a appelés plus tard des kystes parovariques. J'ai vu deux de ces kystes.

En 1865, j'ai soigné à Lariboisière une femme ayant un énorme kyste, je fis une ponction, comme on doit toujours le faire, et il sortit un liquide séreux, tel qu'on n'en voit pas de semblable en général dans les kystes multiloculaires; la malade fut guérie. Un an après, je la revis, la guérison s'était maintenue. La malade m'en amenait une autre qui avait également un kyste qui guérit aussi après une seule ponction.

Dans les kystes de cette nature je ne ferais pas d'injection iodée, d'autant plus qu'ils ont une membrane très mince, à travers laquelle l'irritation produite par l'injection pourrait se propager au péritoine. Après la ponction de ces kystes on ne sent rien dans la cavité abdominale. Si le liquide se reproduisait, on renouvellerait la ponction, et plus tard on ferait l'ovariotomie.

Tout en rejetant l'injection iodée, je dirai que, par son emploi, j'ai cependant arrêté pour quelque temps la marche de kystes de l'ovaire, en le combinant avec le lavage de la poche.

M. Trélat. Les faits qui viennent d'être cités par MM. LeFort, Verneuil, Duplay et ceux publiés par Panas, Spencer Wells montrent bien qu'il existe une variété de kystes qui guérissent par les simples ponctions. Ces kystes parovariens sont rares, comme les kystes dermoïdes, les kystes de l'ovaire sont fréquents.

M. Duplay. Je répondrai que les kystes du ligament large sont assez fréquents, j'ai pu en rencontrer 10 cas en 4 ou 5 ans et il y en a beaucoup dans les auteurs, mais on ne s'en préoccupe pas assez au point de vue thérapeutique.

Le diagnostic de ces kystes est possible sans ponction; mais en tout cas la ponction permet de le faire.

Quant à leur opération, elle n'est pas bénigne comme le dit M. Lucas-Championnière, au contraire, ces kystes ont un pédicule large qui oblige à de nombreuses ligatures et il paraît établi que l'ablation des kystes du ligament large donne plus de mortalité que celle des autres kystes.

M. Lucas-Championnière. Je persiste à considérer les kystes qui guérissent par une seule ponction comme des cas exceptionnels, et on ne peut ériger cette manière de faire en méthode de traitement. M. Broca a même vu dans son service une malade guérir

sans ponction d'un kyste de l'ovaire. Le cas de M. LeFort est également exceptionnel.

Les kystes du ligament large sont en effet plus difficiles à pédiculiser, mais cela n'augmente pas la gravité de l'opération ; dans ma dernière opération j'ai laissé cinq ligatures, sans inconvénients. Du reste cette gêne de la pédiculisation est moins dangereuse depuis qu'on rentre le pédicule. Ce qui constitue la gravité de l'opération, ce sont les adhérences ; comme les kystes du ligament large n'en ont pas, leur opération est moins grave.

M. Desprès. La discussion a porté sur des points qui ne se rattachent pas à mon observation qui est publiée dans notre dernière séance, car ma malade a été ponctionnée plusieurs fois et c'est seulement l'injection de teinture d'iode pure qui l'a guérie. Cette pratique est donc bonne dans certains cas, mais elle doit être réservée aux kystes uniloculaires ; pour les kystes multiloculaires on aura recours à l'ovariotomie.

Celle-ci pouvant être suivie de mort, par le fait même de l'opération, il faut donc chercher à l'éviter quand on le peut, ce que permet de faire l'injection iodée dans certains cas.

C'est avec raison que l'on a dit que le diagnostic était difficile, on ne sait jamais exactement à quoi on a affaire. Les kystes à contenu limpide comme de l'eau de roche ne sont jamais des kystes de l'ovaire, mais les kystes à contenu séreux viennent de l'ovaire.

Aux cas exceptionnels j'ajouterai ceux-ci :

Velpeau a ponctionné un kyste de l'ovaire d'où il est sorti 9 litres de pus ; la guérison suivit cette opération.

En 1873, j'ai vu une malade à laquelle on a fait 2 ponctions pour un kyste du ventre, c'était un kyste hydatique, elle guérit.

L'injection iodée convient quand le liquide est citrin et l'épaisseur des parois assez considérable.

M. Terrier. Les renseignements que vient de donner M. Desprès prouvent que sa malade avait un kyste multiloculaire, et chez elle j'aurais pratiqué l'ovariotomie.

Mais on peut faire un diagnostic plus précis et différencier les kystes parovariens des kystes de l'ovaire, en se basant sur les recherches de MM. Malassez et de Sinéty.

J'ajouterai que l'injection iodée et l'ovariotomie sont deux opérations graves, et si la première n'est pas toujours suivie de complications cela ne prouve pas sa bénignité ; une malade que j'ai vue avec M. Pozzi avait subi deux injections iodées dans le ventre, cependant elle guérit, mais on ne tirera pas de conclusions de ce fait.

M. Pozzi. Dans deux cas de kyste uniloculaire, je fis l'ablation et les deux fois il y avait de petits kystes anatomiques dans les parois de la poche, qui auraient pu devenir le point de départ d'une nouvelle tumeur chirurgicale. L'ovariotomie enlève tout, l'injection iodée ne guérit qu'une loge.

M. Sée. L'injection iodée ne doit pas être préférée dans les kystes à parois épaisses, car nous savons qu'elle ne guérit pas l'hydrocèle dont les parois sont épaisses.

J'ajouterai que le fait de l'existence de petits kystes dans les parois ne permet pas de dire que nécessairement on eût eu une nouvelle tumeur.

M. Desprès. L'examen histologique ne peut servir à rien dans ces cas.

Quant à l'injection iodée, c'est une opération qui a fait ses preuves et que l'on ne peut rejeter.

Lecture.

M. Roussel lit un travail sur une *modification à son appareil à transfusion.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Duplay, Pozzi et Marchand, rapporteur.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le secrétaire,

Nicaise.

Séance du 26 juillet 1882.

Présidence de M. Labbé.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine — Lyon médical.— Alger*

médical. — *Revue médicale de l'Est.* — *Revue médicale.* — *Union médicale de la Seine-Inférieure.* — *Journal de thérapeutique de Gubler.* — *Gazette de Strasbourg.*

3° *British medical.* — *Gazette d'hygiène de Washington.* — *Bulletin des sciences médicales de Mexico.* — *Bulletin de l'Académie royale de Belgique.*

4° *Bulletin de l'Institut Smithsonian de Washington*, pour l'année 1880.

5° *Quelques considérations sur la pathologie des articulations*, par M. Judron de New-York.

6° *De la splénotomie et de l'action des acides arsénieux sur la peau normale et pathologique*, adressé par M. le Dr Zesas de Zurich, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger.

7° *Études sur la lithotritie à séances prolongées*, par le Dr Desnos. (Thèse adressée pour le prix Duval.)

A propos du procès-verbal.

M. Boinet. *Des injections iodées dans les kystes de l'ovaire.* — Dans la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance de la Société de chirurgie, à l'occasion de la malade présentée par M. Desprès, et qu'il avait guérie d'un kyste de l'ovaire par les injections iodées, on a porté des accusations bien graves contre ces injections, dans les kystes de l'ovaire. J'ai bien peur que ceux qui les ont si malmenées, les aient peu employées et qu'ils les aient jugées sans bien les connaître.

1° D'abord on a dit que le diagnostic des kystes de l'ovaire était difficile et souvent impossible (M. Lucas-Championnière), et qu'on ne pouvait reconnaître un kyste uniloculaire d'un kyste parovarien qu'en faisant l'autopsie du malade.

2° On a dit, sans le démontrer, que les injections iodées dans les kystes de l'ovaire étaient dangerouses, très dangereuses, plus dangereuses que l'ovariotomie (Duplay, Terrier, Lucas-Championnière).

3° On a dit encore que l'injection iodée ne devait être pratiquée dans un kyste de l'ovaire, que lorsque *le kyste était enveloppé en totalité d'adhérences* (M. Lucas-Championnière), et on en a conclu, qu'on ne devait *jamais* faire l'injection iodée et qu'il fallait d'emblée pratiquer l'ovariotomie *dans tous les cas.*

Permettez-moi de répondre à ces objections faites aux injections iodées, dans le traitement des kystes de l'ovaire et de les examiner avec vous, comme elles le méritent.

Nous commencerons par le diagnostic.

Dire que le diagnostic des kystes de l'ovaire est difficile et souvent impossible, c'est reculer de 40 ans au moins, à l'époque où toute tumeur liquide du ventre était appelée une hydropisie, les kystes de l'ovaire en particulier. Heureusement au point de vue du traitement qu'il n'en est plus ainsi, et qu'aujourd'hui on peut *facilement* distinguer les kystes de l'ovaire des autres tumeurs de l'abdomen, mais même les différentes variétés de kystes, sans être obligé, pour faire le diagnostic, d'ouvrir le ventre et de faire l'autopsie du kyste ou du malade. Il me semble que c'est être bien en retard, pour poser les indications du traitement.

Au point de vue du traitement, diviser les kystes en deux grandes catégories: Les multiloculaires, qui sont faciles à reconnaître et du domaine de l'ovariotomie;

Les uniloculaires qui sont également très faciles à reconnaître, mais qui présentent plusieurs variétés; chacune de ces variétés a des figures distinctes qui empêchent de les confondre, qui servent à poser les indications du traitement.

Ces kystes uniloculaires sont, ou séreux, ou albumineux, ou purulents, ou hématiques, ou hydatiques; et on peut toujours, sans les ouvrir ou les ponctionner reconnaître, leur véritable nature et poser l'indication de leur traitement.

Il y a encore une variété de kystes, celle qui paraît apporter de grandes difficultés de diagnostic, pour certains chirurgiens: les kystes parovariens; mais cette variété rentre dans la variété des kystes hydatiques, et il n'est pas nécessaire de faire l'autopsie du malade, pour les reconnaître; notre collègue M. Duplay nous a promis de nous fournir les moyens de les reconnaître sans ouvrir le ventre, et dès à présent je puis vous affirmer qu'il est très facile de les distinguer des autres kystes et de savoir, avant d'ouvrir l'abdomen, comment il faut les traiter.

Permettez-moi donc de répéter, au point de vue du diagnostic et du traitement, ce que tout le monde sait aujourd'hui, et de rappeler qu'avec un diagnostic bien fait, on peut toujours reconnaître non seulement la variété de chaque kyste, mais même la nature du liquide qu'il renferme; il y a des signes généraux et des signes particuliers qui caractérisent chaque variété de kystes.

Par exemple, les kystes séreux uniloculaires, renferment un liquide citrin, jaune verdâtre, ascitique, il est impossible de ne pas les reconnaître à la palpation. Première variété où l'on peut faire une ponction et des injections iodées. Si par hasard, ce qui ne me paraît guère possible, on avait une erreur de diagnostic, la ponction vous éclairerait sur la nature du kyste, en mettant le liquide sous vos yeux.

Deuxième variété de kystes uniloculaires, mais renfermant un liquide albumineux, épais, filant, huileux, coloré on non, etc. Avec la palpation, vous reconnaîtrez la nature de ce kyste et vous poserez l'indication du traitement; c'est-à-dire que, dans ces cas, c'est à l'ovariotomie que vous devrez vous adresser.

Troisième variété, kystes uniloculaires purulents, les symptômes généraux, la palpation, etc., seront vos guides pour reconnaître cette variété de kystes et la nature du liquide qn'il renferme; il en sera de même pour les kystes hématiques qu'on a quelquefois confondus avec des hématocèles rétro-utérines anciennes.

Dans ces deux variétés de kystes, les injections iodées conviennent encore et guérissent.

4° Reste donc cette variété de kyste, que nous avons appelée *kyste hydatique* et qu'on appelle aujourd'hui kystes parovariens.

Cette variété pourrait, en effet, présenter quelquefois, mais rarement, un peu de difficulté pour le diagnostic; mais les symptômes ou signes qu'elle offre ont beaucoup de ressemblance avec ceux qui appartiennent aux kystes uniloculaires séreux, et on peut les reconnaître à l'état général de la malade à la palpation qui donne au doigt ou à la main une sensation particulière, spéciale, qui laisse à penser que le liquide est encore plus liquide, si je peux m'exprimer ainsi, que le liquide du kyste séreux, et si on avait à examiner en même temps deux kystes, l'un séreux uniloculaire, l'autre hydatique ou parovarien, on reconnaîtrait facilement, à la palpation, chaque variété; c'est une affaire de main et d'habitude.

Mais à quoi bon toutes ces précautions... il vous suffit de savoir que vous êtes en présence d'un kyste uniloculaire renfermant un liquide séreux, vous avez un kyste passible des injections iodées; les indications du traitement à suivre ne sont pas douteuses, vous faites une ponction; le liquide est séreux, citrin, etc., vous faites une injection. Le liquide est très limpide, clair comme de l'eau de roche, etc., vous vous arrêtez à la ponction pure et simple, sans injection iodée, puisque vous savez qu'il suffit presque toujours d'une simple ponction pour guérir cette variété de kystes.

Il y a encore une variété de petits kystes, qui a été étudiée par Rosenmuller, Follin et M. Verneuil. Ce n'est pas certainement de ces kystes dont on a voulu parler, car ces kystes qui renferment un liquide aqueux, clair comme de l'eau de roche, n'acquièrent jamais un grand volume, et les plus gros n'ont jamais dépassé le volume d'une grosse orange; leur enveloppe est si mince qu'ils se rompent facilement, et c'est peut-être ce qui a fait croire, dans certains cas, à des guérisons spontanées; jamais ces kystes n'ont

contenu 20 et 30 litres de liquide, comme les kystes de l'ovaire.

Ce qui prouve que ces kystes parovariens ne sont pas de véritables kystes hydatiques, c'est que le liquide qu'ils renferment ne contient ni acéphalocystes, ni crochets; d'ailleurs, dans les kystes multiloculaires, on rencontre quelquefois dans des loges ce liquide clair comme de l'eau de roche, exempt de crochets, comme les kystes hydatiques de l'abdomen, kystes d'ailleurs qui sont d'une extrême rareté, d'après notre propre observation.

Maintenant que le diagnostic et les indications des injections iodées me paraissent bien posés, examinons le second grief attribué aux injections iodées, dans les kystes des ovaires.

Les injections iodées sont-elles aussi dangereuses qu'on veut bien le dire, pour les repousser quand même et leur préférer dans tous les cas l'ovariotomie? Ceci dit, passons aux faits.

Combien ceux qui rejettent les injections iodées comme très dangereuses, plus dangereuses que l'ovariotomie, ont-ils de faits à opposer... ils ne l'ont pas dit... tandis que nous pouvons leur en montrer des centaines où l'injection iodée n'a pas produit d'accidents... Pourquoi les injections iodées seraient-elles donc si dangereuses entre les mains de nos confrères, pendant qu'elles sont sans gravité entre les mains de beaucoup d'autres, serait-ce la faute du médicament ou de ceux qui l'emploient? —Il nous est arrivé nombre de fois de faire chez des malades 12, 15, 20, 25, jusqu'à 30 injections iodées, sans provoquer le moindre accident... Peut-on dire qu'une opération qu'on répète 30 fois sur le même individu sans accident, dans un court espace de temps, est une opération dangereuse? C'est en 1847, sur une dame de 54 ans, de la rue Saint-Denis, en présence de notre confrère Charpentier, qui soignait habituellement la malade, que nous avons osé, éclairé par nos nombreuses applications dans d'autres régions, faire la première injection iodée pour un kyste séreux de l'ovaire, renfermant plus de 30 litres de liquide, le succès fut complet... et la malade a vécu jusqu'à 70 ans. Encouragé par cette guérison, nous fîmes des injections iodées dans tous les kystes ovariens, qu'ils fussent uniloculaires ou multiloculaires. Nous pouvons dire qu'à cette heure nous avons fait plus de 500 injections iodées dans les kystes de l'ovaire. A cette époque, nous opérions par l'injection iodée tous les kystes qui se présentaient ou qui nous étaient adressés par nos confrères. Quand on parle des injections iodées ou de l'application des préparations iodées liquides sur nos tissus, j'ai bien peur qu'on ne soit sous l'influence de cette idée fausse qui fait considérer l'iode comme une substance déterminant *toujours de l'inflammation.*

Non, l'iode n'enflamme pas, n'irrite pas... C'est un *antiphlogistique spécial*, qui empêche, modère, arrête, détruit l'inflammation,

c'est un modificateur puissant des tissus atteints d'inflammation suppurative, il agit consécutivement sur le pus, le change en sécrétion de bonne nature, lui enlève ses mauvaises qualités, fussent-elles contagieuses ou virulentes, il tarit les diverses sécrétions purulentes et favorise la cicatrisation, sans compter que son absorption est favorable à la guérison. C'est un *puissant antiseptique* qui prévient et arrête la fermentation putride et tue les vibrions; il manifeste cette propriété si remarquable envers les solides et les humeurs de l'organisme animal, même en présence de l'air, etc.

Est-ce parce que lorsqu'on applique une solution iodée sur une plaie, un tissu quelconque dépourvu de son épiderme, il produit une douleur plus ou moins vive, qu'on doit le considérer comme un irritant et comme capable de provoquer l'inflammation?... Ce serait une grosse erreur; est-ce que la pierre infernale, est-ce que l'acide phénique, si en vogue à cette heure, agissent autrement que l'iode, est-ce que l'application de ces diverses substances et de beaucoup d'autres ne produit pas d'abord une douleur très vive, intolérable quelquefois, est-ce que cette douleur est considérée comme une cause d'inflammation, est-ce que, quand vous cautérisez un chancre, vous enflammez? Loin de là, vous modifiez la plaie du chancre, vous détruisez le virus sur place. Si vous agissez avant qu'il soit absorbé... vous empêchez l'inflammation et la faites disparaître, si elle existe.... Tous ces médicaments agissent donc autrement qu'en irritant; ils agissent, comme on le dit, par substitution... en modifiant les tissus et leurs sécrétions, et en s'opposant à toute fermentation putride — par conséquent à l'infection purulente. — Dans les hôpitaux de Paris, mais surtout dans les services de médecine, parce que, les malades étant considérées comme hydropiques, on les envoyait dans un service de médecine, toutes nos opérations ont été faites sous les yeux des confrères qui nous adressaient des malades, et qui ont pu les suivre constamment; et, dans les hôpitaux, en présence du chef du service et de tous les élèves.

On trouvera dans notre *Traité pratique des maladies des ovaires,* publié en 1877 (2e édition) aux pages 474 et 475 un compte rendu, où sur nos 100 premières malades le nombre des ponctions a été de 338, et cela sans observer le moindre accident. Ce chiffre est-il suffisant pour montrer l'innocuité des injections iodées dans les kystes de l'ovaire? Si, au début de l'emploi de notre mode, nous avons fait des injections iodées là où elles étaient inutiles, elles nous ont appris qu'elles n'étaient pas dangereuses, même dans les kystes ou nous les avons faites plus de 30 fois; elles nous ont appris à distinguer les cas où elles pouvaient être utiles de ceux où elles ne l'étaient pas; elles nous ont appris

qu'il fallait éliminer tous les kystes multiloculaires, d'abord, et qu'il fallait réserver les injections iodées pour les kystes uniloculaires, et seulement pour ceux qui étaient simples, séreux, purulents, hématiques, hydatiques, et dont le contenu n'était ni albumineux, ni épais, filant, huileux, etc.; elles nous ont appris que, lorsqu'un kyste résistait à cinq ou six injections iodées, il fallait recourir à l'ovariotomie. C'est ce que nous avons fait sur la malade chez laquelle nous avons pratiqué notre première opération d'ovariotomie, qui était la première opération faite à Paris, avec succès, en 1861 ou 1862, en présence de M. le Dr Delaunay, qui nous avait adressé la malade, et de MM. Danyau, Follin, Thomas (de Tours), Forget, ici présent et de plusieurs autres chirurgiens et médecins. Cette malade avait été ponctionnée et injectée cinq fois; elle avait les apparences d'une bonne santé quoiqu'elle fût sous l'influence d'une diathèse cancéreuse à laquelle elle a succombé un an après l'opération; à la base de ce kyste, parfaitement uniloculaire, il existait plusieurs petites tumeurs végétantes, de la grosseur d'une framboise, dans lesquelles M. Robin constata tous les éléments du cancer.

Enfin je renverrai ceux qui ne croient pas à la guérison des kystes de l'ovaire par les injections iodées, à la discussion académique de 1856.

MM. Velpeau	annonce	64	guérisons	sur 130 cas.
Cazeaux	—	48	—	sur 117 cas.
Nélaton	—	7	—	sur 10 ou 12 cas.
Monod	—	6	—	sur 8 opérations.
Huguier	—	6	—	sur 9.
Simpson	—	11	—	sur 12 cas.

Barbosa de Lisbonne annonce la moitié des malades guéris par le procédé.

D'après Günther, sur 158 cas, il y a eu 32 guérisons, 48 récidives, 13 cas non modifiés, 6 résultats inconnus.

Fock, sur 15 cas, 9 guérisons.

D'autres chirurgiens, parmi lesquels se trouvent Kranowsky, Bamberg, Spencer Wells, G. Braun, Philippe, Bonnafont, Roccas, Laboulbène, Eulenberg, Piquant, B. Roëmer, Dussan, Thyry, Lefèvre (de Louvain), Demarquay, etc., ont obtenu des succès par les injections, et je ferai observer que l'époque où ils opéraient était celle où l'on opérait à peu près sans distinction tous les kystes de l'ovaire (*loco citato*, pages 171, 172 et 173). Dans un tableau publié dans la seconde édition de notre *Traité d'iodothérapie* (1865) à la page 664, on trouve le résultat des 100 premières malades que nous avons opérées.

Une différence existe entre notre pratique de début et notre

pratique d'aujourd'hui; si nous comparons nos 100 premières opérations avec les 100 dernières, nous trouvons 81 succès sur 100 opérations. (*Traité des kystes des ovaires*, 2e édit., 1877, pages 472, 473.)

Ce qui prouve que M. Lucas-Championnière n'a pas bien étudié comment agissent les injections iodées dans les kystes ovariens, c'est qu'il prétend que ces injections ne conviennent qu'aux kystes qui sont complètement adhérents, tandis qu'il est démontré que la moindre adhérence nuit à la guérison en empêchant le kyste de revenir sur lui-même. C'est pour cela que nous recommandons de ne faire les ponctions que du côté où le kyste a pris naissance. Nous ferons remarquer encore qu'après les injections iodées, les kystes ne guérissent pas par inflammation adhésive, mais par suite des modifications apportées sur les parois du kyste, modifications qui arrêtent la sécrétion du kyste : il guérit en revenant sur lui-même, en se ratatinant; dans deux cas où on nous a permis de faire l'autopsie sur deux malades qui avaient été traitées par les injections iodées et qui étaient mortes longtemps après, 8 et 11 ans, d'une autre affection, nous avons constaté que les kystes étaient revenus sur eux, que leurs parois étaient épaissies, difficiles à déplisser, et qu'il existait à leur centre une cavité ne contenant aucun liquide, et réduite à une étendue, qui n'aurait pu contenir 2 ou 3 grammes de liquide.

Ovariotomie : 99 guérisons sur 100 dans les cas où il n'existe que de légères adhérences.

Mais les kystes sans adhérences sont les moins fréquents, qu'ils soient uniloculaires ou multiloculaires et les statistiques démontrent que 75 fois sur 100, il y a des adhérences; M. Lucas-Championnière a été bien heureux de rencontrer un aussi grand nombre de kystes exempts de ces adhérences multiples et fortes qui sont souvent la cause des insuccès dans l'ovariotomie.

Spencer Wells, qui a cependant une grande pratique, n'est pas encore arrivé à ne perdre qu'une ovariotomisée sur 100 opérations; il m'a envoyé sa statistique, il y a deux mois, au moment où je corrigeais les épreuves de l'article Ovariatomie, pour le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Les conclusions que nous croyons devoir indiquer sont :

1° Que dans les kystes uniloculaires séreux, à liquide limpide, citrin, ascitique, les injections iodées conviennent;

2° Que si le liquide est épais, filant, albumineux, quoique le kyste soit uniloculaire, il faut, comme dans les kystes multiloculaires, recourir à l'ovariotomie;

3° Que dans les kystes purulents, hématiques, les injections conviennent encore;

4° Que si le kyste renferme un liquide clair comme de l'eau de roche, il faut se contenter d'une simple ponction parce que la guérison arrive presque toujours, pour ne pas dire toujours, après une simple ponction et que s'il y a récidive il est toujours temps d'en venir à une injection iodée.

Communication.

Extraction sans opération sanglante d'un tube à drainage tombé accidentellement dans la cavité thoracique dans un cas de pyo-pneumothorax ancien, du côté gauche, avec persistance d'une fistule cutanée, au point où avait eu lieu l'évacuation artificielle de l'abcès pleural,

par M. Duboué, de Pau, membre correspondant.

J'ai résumé, dans ce titre un peu long, toutes les particularités saillantes de ce fait dont le principal intérêt réside dans le procédé employé pour extraire de la cavité pleurale le corps étranger dont il est question et qui y avait été introduit par accident. Je me bornerai donc à rappeler, en quelques mots, les phases successives par lesquelles est passé notre malade, avant qu'il ait été confié à nos soins.

L..., âgé de 24 ans, couché au n° 3 de la salle Saint-Joseph, se trouvait en traitement à l'hôpital de Pau, au moment où nous avons pris le service de médecine, le 22 janvier 1882. Il m'apprend que le 29 décembre 1881, après avoir placé lui-même un petit tube à drainage dans la fistule, comme il l'avait déjà fait bien des fois, pour évacuer le pus sécrété chaque jour en abondance, ce tube était complètement entré dans l'intérieur de la poitrine, à la suite d'une large inspiration provoquée par un violent accès de toux.

Interrogé sur ses antécédents, il me raconte que le début de son mal remontait aux derniers mois de l'année 1876, époque à laquelle il était parti pour San-Francisco. Peu de temps avant de s'embarquer, il avait été pris, à la suite d'un refroidissement, d'une toux sèche et opiniâtre s'accompagnant d'une douleur assez marquée du côté gauche de la poitrine. Après une pénible traversée, son état avait notablement empiré, et il fut pendant longtemps considéré comme phthisique par les médecins appelés à lui donner des soins. Vers la fin de janvier 1877, a commencé à apparaître sous le mamelon du côté gauche, une tuméfaction diffuse de la peau qui a augmenté de jour en jour et sur laquelle on s'est décidé à pratiquer une incision, le 5 février suivant. Cette ouverture a donné lieu à l'évacuation immédiate d'une quantité considé-

rable de matière purulente, quantité que le malade évalue à trois ou quatre litres *au minimum*.

A partir de ce moment, l'écoulement du pus a toujours continué, mais avec des variations très considérables. Tantôt réduit à une quantité extrêmement faible, cet écoulement devenait parfois très abondant pour diminuer de nouveau pendant quelque temps, et ainsi de suite. Épuisé par cette longue suppuration, le malade, se trouvant hors d'état de travailler, se décide, au bout de trois ans à rentrer en France où il arrive en août 1881. Il essaie enfin de se soigner dans sa famille, et, en voyant que ses forces déclinent de plus en plus, il entre à l'hôpital de Pau, dans les premiers jours de décembre suivant. Jusqu'au moment de mon arrivée dans le service, il y est soumis à un régime reconstituant et à des lavages quotidiens à l'eau tiède : c'est en effectuant lui-même un de ces lavages, comme je l'ai déjà dit, qu'il laisse introduire dans la cavité pleurale, le petit tube de caoutchouc dont il se servait à cet effet.

Au moment où je vois le malade, pour la première fois, le 22 janvier 1882, je constate tous les signes d'un pyo-pneumothorax, avec écoulement par l'ouverture fistuleuse d'un pus abondant et extrêmement fétide. Cette ouverture se trouve entre la neuvième et la dixième côte, à égale distance du mamelon et de l'appendice xyphoïde du sternum. Un tintement métallique très net s'entend sur la partie inférieure du côté gauche de la poitrine; mais il est surtout très marqué en arrière. Tout ce côté gauche paraît notablement affaissé. Quant aux deux sommets pulmonaires, ils sont complètement intacts; la respiration s'y entend avec tous ses caractères normaux et sans mélange d'aucun râle. Le malade, faible et amaigri, a des sueurs nocturnes très abondantes, a complètement perdu l'appétit et se trouve en proie à une profonde tristesse.

Quoique l'état de ce malade fût déjà très grave par lui-même, je ne doutais pas qu'il ne fût encore rendu plus sérieux par la présence d'un corps étranger dans le sac pleural accidentel, et l'une des premières indications qui me paraissait devoir être remplie consistait à procéder à l'extraction de ce corps étranger. Mais l'intervention, à l'aide de l'opération de l'empyème, ne me paraissait guère possible, avec des chances réelles de succès, en raison de l'impossibilité où l'on était de fixer avec certitude le siège précis occupé par ce corps étranger et du danger qu'il y aurait à le rechercher, à l'aide de pinces ou d'autres instruments, le long de la surface convexe du diaphragme ou du long sinus circulaire que ce muscle forme avec la paroi intérieure de la cage thoracique. Toutes les manœuvres nécessitées par cette laborieuse extraction pouvaient d'ailleurs échouer et n'aboutiraient dans ce cas qu'à aggraver encore, sans compensation, l'état déjà si grave de notre malade.

Ces diverses raisons m'avaient éloigné de toute intervention active jusqu'au jour où je me suis arrêté à un procédé d'extraction qui pouvait échouer sans doute, mais qui avait au moins l'avantage d'être complètement inoffensif. C'est à partir du 2 février que j'ai mis chaque

jour ce procédé régulièrement en usage sans que l'insuccès de tentatives réitérées fût de nature à me décourager. Sur ces entrefaites, j'ai eu l'heureuse fortune de soumettre ce cas intéressant à mon excellent maître, M. Moutard-Martin lequel se trouvant de passage à Pau le 8 février 1882, a eu l'extrême obligeance de venir visiter ce malade à l'hôpital. Frappé par les mêmes raisons que j'avais invoquées moi-même, notre savant maître, après avoir constaté les symptômes d'un pyopneumothorax n'a pas été d'avis de recourir à une intervention chirurgicale; le principal motif de son abstention provenait de l'amoindrissement considérable qu'avait subi le diamètre vertical des espaces intercostaux par suite de la forte inclinaison qu'avaient subie les côtes les unes sur les autres. Dans ces conditions, l'introduction du doigt dans l'un ou l'autre des espaces intercostaux devait être absolument impossible. Aussi ne lui paraissait-il pas prudent de se livrer à des tentatives d'extraction à l'aide d'instruments dirigés en aveugle dans la cavité pleurale, à travers une ouverture plus ou moins large préalablement établie.

M. Moutard-Martin m'encouragea dès lors à continuer l'emploi du procédé que j'avais déjà mis en usage et qui ne devait, en cas d'insuccès, exposer le malade à aucune chance de nouvelle aggravation. Voici en quoi a consisté ce procédé très simple :

Je me suis servi d'un de ces cordonnets élastiques en caoutchouc revêtu de soie qui servent souvent de cordons de montre : le diamètre de celui que j'ai employé mesure le n° 5 de la filière Charrière. J'ai pris une longueur de 50 centimètres environ de ce cordonnet et j'ai plié ce dernier en deux parties égales de manière à en faire une anse dont j'ai introduit chaque jour le milieu dans l'ouverture fistuleuse de la peau à travers laquelle il était facile de l'introduire. Puis, en repoussant simultanément les deux moitiés du cordonnet ainsi replié dans la cavité thoracique, j'introduisais l'anse tout entière dont je ne laissais sortir au dehors qu'une longueur de 3 ou 4 centimètres sur chaque extrémité. En saisissant enfin avec deux doigts les deux extrémités libres de cette anse, je les attirais lentement au dehors de manière à retirer l'anse tout entière de la cavité thoracique et à lui faire suivre ainsi en sens inverse le chemin qu'elle avait une première fois parcouru. Je répétais une ou deux fois cette manœuvre à chaque visite du matin, sans me laisser arrêter par les insuccès antérieurs que je ne pouvais pas ne pas prévoir.

Tout le succès de cette manœuvre si simple ne pouvait provenir, en effet, que de la constance que je mettrais à la répéter. C'était une véritable pêche à la ligne à laquelle je me livrais chaque jour, et tous ceux qui ont connu cet exercice savent que la patience constitue l'une des principales conditions du succès. Les chances favorables que j'attendais de mon procédé étaient uniquement basées sur ce fait que l'anse de cordonnet élastique devait s'élargir d'elle-même par l'élasticité même du tissu qui la formait au fur et à mesure que cette anse devait pénétrer plus avant dans l'intérieur de la cavité pleurale. Il devait arriver dès lors une fois ou l'autre (et il suffisait d'une

fois pour réussir) que le petit tube à drainage dont je m'étais fait donner la description, vînt à être saisi convenablement par l'anse et pût être ainsi entraîné au dehors.

Si le tube venait, un jour ou l'autre, à être saisi de la sorte, je devais m'en douter à un moment donné, par la perception d'un signe qui devait se produire et qu'il était bien facile de prévoir, c'est qu'en procédant à l'extraction du cordonnet avec une extrême lenteur, je devais trouver un temps d'arrêt, au moment où le tube à drainage viendrait à s'appliquer contre l'ouverture intérieure de la fistule pleuro-cutanée. Averti, dès lors, par cette sensation que j'avais parfaitement prévue et qui ne pouvait par conséquent pas me causer de surprise, je devais, dis-je, entraîner au dehors le corps étranger qui était formé lui-même par un tissu flexible et élastique. Or, c'est ce qui m'est arrivé le 17 février 1882, juste quinze jours après ma première application du procédé ; j'en étais à peu près à ma trentième tentative d'extraction. Tout le monde comprendra la joie que le malade et moi avons éprouvée, en voyant tout à coup saillir au dehors de la poitrine environ 3 centimètres du tube emprisonné, et cette fois, je l'affirme, ni lui ni moi ne l'aurions laissé échapper. Ce tube n'a subi aucune altération appréciable, quoiqu'il ait séjourné environ 50 jours dans l'intérieur de la poitrine; il a une longueur de 76 millimètres et un calibre n° 10 de la filière Charrière.

Dans les premiers jours qui ont suivi l'extraction de ce corps étranger, l'état de notre malade s'est sensiblement amélioré, la fétidité du pus surtout a beaucoup diminué. Néanmoins, la suppuration, quoique beaucoup moins abondante, a persisté. Je ne crois pas devoir insister sur la suite du traitement dont je ne puis donner, d'ailleurs, le résultat définitif, le malade ayant quitté nos salles le 19 mai suivant, pour retourner dans son village et ne nous ayant pas donné de ses nouvelles depuis cette époque.

Je me suis livré à quelques recherches, pour savoir si je ne trouverais pas quelque fait analogue à celui que je viens de rapporter. Mais, ces recherches étant restées sans résultat, je dois me borner aux seules particularités que nous a révélées cette observation qui ne nous a pas moins paru offrir par elle-même un réel intérêt.

Blessure du nerf médian par un plomb de chasse. — Atrophie marquée des muscles, insomnie, névralgie permanente avec exacerbation dans l'avant-bras correspondant. — Dissection et élongation du médian à la partie inférieure du bras. — Guérison.

par M. le professeur Léon LeFort.

M. de B..., habitant un de nos départements de l'Est, étant à la chasse au mois d'octobre dernier, fut blessé accidentellement par un ami mala-

droit, lequel tira dans sa direction et à courte distance un coup de fusil chargé de plomb n° 5. Immédiatement le blessé ressentit une très vive douleur dans le bras qui fut aussitôt paralysé ; la paralysie se manifestait par l'impossibilité de fléchir le pouce et les trois doigts suivants. La douleur éprouvée tout d'abord persista et resta permanente tout en s'atténuant ; mais elle présentait au moindre mouvement des exacerbations des plus violentes.

M. de B... se confia aux soins d'un de nos confrères les plus distingués d'une de nos grandes villes de l'Est, qui lui pratiqua une incision à la partie interne du bras, au-dessus du coude, pour aller à la recherche d'un grain de plomb qu'on pouvait supposer exister en ce point. Je ne sais au juste ni quelle fut la nature, ni quel fut le résultat immédiat de l'opération pratiquée, le blessé affirme toutefois qu'on ne découvrit en ce point aucun projectile.

Son état ne s'améliorant pas, il vint à Paris réclamer mes soins. Je le vis le 2 mars dernier et constatai l'état suivant : les traits du malade portent les traces d'une longue et vive souffrance. Le bras est supporté par une écharpe et les mouvements que fait le malade pour se déshabiller et me permettre l'examen du membre amènent une crise de douleur des plus vives, qui, pendant quelques minutes, empêche toute exploration. Les muscles de la région antérieure de l'avant-bras ont notablement perdu de leur volume ; l'atrophie est surtout marquée au niveau de l'éminence thénar. Les doigts sont effilés, amaigris, les mouvements spontanés de flexion sont possibles, mais faibles et sans énergie. Les attouchements à la peau de cette région réveillent de la douleur. Il y a donc à la fois affaiblissement de la motilité des muscles et hyperesthésie de la peau dans la région animée par le médiam.

Au-dessus du pli du coude, à 5 centimètres environ au-dessus du pli, on sent un cordon dur qui se prolonge en haut sur une longueur de 3 à 4 centimètres, et qui répond exactement au trajet du médian. Ce renflement plus marqué vers son centre offre une dureté très notable et a la grosseur d'une plume d'oie ordinaire. On ne peut sentir à son niveau rien qui permette d'affirmer la présence d'un corps étranger. Beaucoup plus en dedans sur le trajet de la branche épitrochléenne du brachial cutané interne est la cicatrice de l'incision faite quelques mois auparavant.

Ces symptômes m'autorisent à croire que le nerf médian a été lésé par un plomb de chasse, que peut-être ce plomb se trouve encore dans son intérieur ou en contact avec lui, mais que, dans tous les cas, le nerf est certainement étranglé dans une masse dure, résultat de l'organisation d'un exsudat plastique. Je propose au malade une opération qui est acceptée.

Le 6 mars, le malade étant anesthésié par le chloroforme et le membre anémié par la bande d'Esmarch, je fais sur le trajet du médian une incision de 7 centimètres qui, par la dissection, me mène rapidement sur une masse dure, comme fibreuse, englobant le médian que je retrouve intact et que j'isole au-dessus et au-dessous de l'étui fibreux qui l'entoure. J'incise avec précaution et couche par couche cette masse in-

durée, et j'isole alors le nerf dans toute l'étendue de mon incision. Je n'y trouve aucun corps étranger. Peut-être le dégagement et l'isolement du nerf auraient-ils pu suffire ; mais, pour plus de sûreté, je charge le médian sur le crochet d'un petit écarteur et je tire sur lui de bas en haut, puis de haut en bas assez pour augmenter visiblement sa longueur. Cela fait, j'applique à la peau quelques points de suture avec des fils d'argent, je la recouvre de mon pansement ordinaire, quelques compresses trempées dans l'eau alcoolisée camphrée, recouvertes de taffetas gommé et soutenues par un bandage circulaire, puis j'enlève la bande d'Esmarch. Aucun écoulement sanguin ne se montre sur le pansement.

Le lendemain, la douleur est encore vive, mais elle a un peu diminué et surtout elle a changé de caractère. Les jours suivants, elle s'atténue encore, mais ce n'est qu'une atténuation. Si les nuits sont meilleures, les douleurs moins vives, les crises beaucoup plus rares, les douleurs n'ont pas disparu; aussi, le malade n'a-t-il à ce moment qu'une confiance assez limitée dans le résultat de l'opération ; il craint qu'elle ne soit infructueuse comme la première; toutefois, il reconnaît qu'il y a une certaine amélioration et il accuse nettement, sans pouvoir la définir exactement, une modification dans la nature de la douleur. Quant à la plaie, elle est à peu près complètement réunie par première intention et ne tarde pas à se cicatriser complètement sans nous avoir donné aucune préoccupation.

A partir du douzième jour, l'atténuation des douleurs se prononce ; à ce moment, le cordon dur sur le trajet du nerf commence aussi à diminuer notablement de volume, et peu à peu on ne retrouve plus à ce niveau que l'induration des parties molles traversées par l'incision. Les douleurs deviennent peu à peu beaucoup moins vives et les crises s'affaiblissent ou disparaissent. Je puis bientôt, sans les réveiller, employer chaque jour la faradisation pour ranimer les mouvements des muscles animés par le médian, et sous cette influence, la flexion des doigts augmente assez rapidement de force. A la fin de mars, le malade quitte Paris, pouvant être considéré comme guéri, bien qu'il existe encore un peu de sensibilité dans le membre. Dans le but de combattre l'atrophie des muscles, je lui conseille de faire usage toutes les nuits de mes petits courants faibles et permanents avec une pile de 4 éléments Chardin-Morin, en plaçant la plaque positive au haut du bras et la plaque négative, tantôt à la main, tantôt à l'avant-bras. Cette dernière partie du traitement fut faite par le malade lorsqu'il fut retourné chez lui.

Dans le courant de juin, j'eus le plaisir de recevoir la visite de M. de B..., qui venait me faire part de sa guérison définitive. On ne trouve plus trace de tumeur sur le trajet du médian; les douleurs ont disparu et les muscles ont repris leur force, et à peu de choses près leur volume.

Doit-on, dans ce cas, attribuer la guérison au seul dégagement du nerf médian étranglé et comprimé dans une gangue cicatricielle,

résultat du passage d'un plomb de chasse au niveau et peut-être au travers du nerf? Je ne le crois pas. L'élongation, surtout au point de vue de la disparition des douleurs, doit entrer pour une bonne part dans la guérison. Cette observation nous montre de plus que l'élongation peut n'être pas suivie immédiatement de la cessation totale des douleurs. Les douleurs se modifient, elles sont remplacées par celles qu'amène une légère névrite traumatique, mais elles disparaissent avec cette dernière.

Lectures.

M. Robin (de Lyon) lit un travail intitulé : *Traitement du genu valgum par un nouveau procédé d'ostéoclasie mécanique.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Perier, Terrillon et Tillaux, rapporteur.

M. Poullet (de Lyon) lit un travail intitulé : *Dilatation du col et tamponnement cervical de l'utérus à l'aide d'une poche artificielle des eaux par la force hydraulique.*

Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Polaillon.

Présentation d'instrument.

M. Guyon présente de la part de M. le Dr Delaissement (de Saint-Quentin) un trocart à drainage construit par M. Mariaud. Il se compose d'une canule en acier terminée par une pointe en bec de flûte, et d'une tige qui glisse dans la canule et est terminée par un bouton que l'on place en avant de la pointe, pour protéger les tissus, lorsqu'on se sert du trocart pour explorer les trajets et rechercher le lieu d'une contre-ouverture. Lorsqu'on veut ponctionner on n'a qu'à retirer un peu la tige mobile. Après la ponction, la tige peut être immédiatement poussée au dehors, et sur son bouton l'on fixe le fil qui va entraîner le tube à drainage.

La manœuvre de ce trocart est plus simple que celle du trocart de Chassaignac.

M. Trélat. L'instrument est ingénieux, mais la forme de la pointe en bec de flûte ne permet pas de lui donner un volume suffisant pour placer les gros drains que l'on emploie aujourd'hui et pour lesquels il faut de gros trocarts. La forme en bec de flûte ne peut convenir à des trocarts volumineux, elle ne donne pas alors une pointe suffisamment acérée.

M. LeFort. Je reproche à cet instrument d'être obligé d'avoir une canule en acier susceptible de s'oxyder et de s'altérer, et dont l'entretien sera difficile.

M. Guyon. L'observation de M. Trélat est juste, mais elle s'applique aussi au trocart de Chassaignac; pour passer de gros tubes à drainage, je fais avec le bistouri une incision sur la peau tendue par l'extrémité du trocart. Quant à la propreté de cet instrument, je pense qu'avec quelque soin on peut l'obtenir comme pour le trocart de Chassaignac.

M. Trélat. L'artifice de M. Guyon, d'agrandir l'ouverture avec le bistouri, est bon; mais je recommande l'usage de gros trocarts pour passer de gros drains.

La séance est levée à 5 h. 15.

Le Secrétaire,

Nicaise.

Séance du 2 août 1882.

Présidence de M. Gueniot.

Le procès-verbal de la séance précédonte est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend:

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Archives de médecine. — Lyon médical. — Recueil d'ophtalmologie. — Bulletin général de thérapeutique. — Gazette d'ophtalmologie.*

3° Un mémoire pour le prix Laborie, intitulé: *De la gangrène gazeuse foudroyante* et ayant pour épigraphe: Le cadre de la pathologie animée s'agrandit tous les jours.

4° Une observation de *kyste ovarique uniloculaire guérie après quatre ponctions* adressée par M. le Dr Dumas, de Cette. (L'observation est renvoyée à l'examen de M. Desprès.)

5° *Le British medical.*

6° Saranne, d'Éphése, accoucheur. *Contribution à l'étude de la*

version podalique, par le Dr Hergott, professeur de clinique obstétricale à la faculté de Nancy, membre correspondant.

Rapport.

Sur un travail du Dr Ortega, de Buenos-Ayres, intitulé: *Observations sur plusieurs cas de syphilis héréditaire chez des enfants de la même famille,*

par M. Le Dentu.

Messieurs,

Quoique l'étude de la syphilis congénitale tardivo ne soit encore qu'ébauchée, nous devons accueillir avee empressement les documents qui s'y rapportent, alors même que leur valeur est contestable.

Le Dr Ortega, de Buenos-Ayres, vous adressait il y a quelque temps un travail intitulé : *Observations sur plusieurs cas de syphilis héréditaire chez des enfants de la même famille.* Vous avez bien voulu me eharger de vous présenter un rapport sur ce travail. Je commencerai par un résumé succinct de cette série de faits.

Il s'agit d'une famille de einq enfants âgés de 12, de 8, de 6, de 4 ans, et de 18 mois, au moment où le Dr Ortega vous a envoyé son mémoire. Quatre de ces enfants ont été atteints de lésions dont les unes doivent être sans réserve eonsidérées comme spécifiques, tandis que les autres ne sont pas marquées à un aussi haut degré du eachet de la spécificité. Vous allez en juger par ma description.

Comme le Dr Ortega, je vous parlerai d'abord du dernier-né, parce que chez lui la syphilis semble ineontestable. Il a dix-huit mois, mais dès sa naissance il a présenté des accidents graves. Quand il n'avait que einq jours, il a été atteint d'un érysipèle de l'ombilic et de l'abdomen. A mesure que les plaques s'effaçaient, elles laissaient à leur place « des nodosités, des tubercules saillants, cuivrés, quelques-uns reeouverts de pellicules ».

L'enfant avait un mois, lorsqu'une roséole généralisée et un coryza se déclarent. A l'âge de deux mois et demi, il avait « l'aspect d'un petit vieillard, maigre, sec, tout ridé, ne pouvant plus têter, à cause des croûtes qui lui bouchaient le nez. Le corps était tout couvert d'une roséole, de taches, de tubereules, quelques-uns cuivrés, la plupart bleuâtres, surtout aux jambes et aux pieds, qui étaient un peu œdémateux et froids. Il existait des plaques muqueuses à l'anus, des fissures aux commissures et aux bords

des lèvres, et un érythème suintant aux fesses, à la face interne des cuisses, aux bourses et aux plis inguinaux. »

L'enfant est traité par la liqueur de Van Swieten à la dose de 0,50 centigr. à 3 grammes, en augmentant progressivement, pendant environ trois mois. Au bout de six mois, toute trace des accidents avait disparu; à quatorze mois, les incisives et quatre molaires avaient opéré leur évolution normale.

Peut-on contester la nature syphilitique de ces accidents? je ne le crois pas. Le difficile sera d'en établir la provenance. Notons dès maintenant que la mère paraissait tout à fait indemne et qu'au moment de la naissance de cet enfant, ses parents comptaient environ douze ans de mariage. Je ne veux d'ailleurs tirer pour le moment aucune conclusion de cette observation.

Voici le second fait : quatre mois après la naissance de cet enfant sa petite sœur, âgée de six ans, tombe malade. Elle est atteinte d'un gonflement douloureux des tibias, occupant la moitié de la longueur de la diaphyse et siégeant à la face interne et sur la crête. Rapidement, les douleurs, qui avaient commencé sourdement un mois auparavant, augmentèrent, en même temps que la convexité interne des tibias s'exagérait. Cette enfant n'avait pas de cicatrices sur le corps, elle n'avait eu après la naissance ni roséole ni taches appréciables; mais ses incisives présentaient les encoches que certains médecins persistent à considérer, avec Hutchinson, comme une tare syphilitique.

Les toniques ayant été employés en vain pendant deux mois, le Dr Ortega prescrivit 0,50 centigr. d'iodure de potassium, puis un gramme, enfin un gramme et demi; après deux mois, il ne restait qu'un léger gonflement qui céda ensuite entièrement. La guérison était complète.

Pendant le traitement de cette petite fille, son frère, âgé de douze ans, tomba malade à son tour. Sa santé avait été bonne jusque-là. On ne relevait dans les premiers mois de son existence aucun antécédent spécifique, mais ses dents présentaient également des encoches.

C'est du côté des yeux qu'il fut atteint. Le Dr Ortega vit se développer en quelques semaines une kératite interstitielle double dont la description ne laisse rien à désirer et qui causa au bout de six à sept semaines une cécité complète, malgré un traitement assidu consistant en « frictions mercurielles belladonées sur le front, collyre au sulfate d'atropine, compresses chaudes sur les yeux, mouches de Milan aux apophyses mastoïdes et quelques purgatifs ».

En même temps, apparaissaient des douleurs aux deux genoux, avec épanchement articulaire et tuméfaction des extrémités arti-

culaires dans ces régions ainsi qu'aux poignets. Rien à noter dans le passé, en tant qu'accidents syphilitiques, rhumatismaux ou scrofuleux.

L'iodure de potassium à la dose d'un gramme, puis de deux grammes par jour, amena après deux mois une amélioration telle dans l'état des cornées que l'enfant pouvait distinguer les gros caractères d'imprimerie. A la fin du troisième mois, la guérison était complète, sauf un léger nuage qui se dissipa entièrement par la suite. Les hydarthroses avaient cédé après deux mois de traitement par l'iodure, combiné avec la compression.

Je ferai remarquer que les compresses d'eau chaude, regardées par certains ophtalmologistes comme suffisantes pour guérir la kératite interstitielle, avaient totalement échoué chez ce petit malade. C'est donc au traitement interne qu'il faut attribuer la guérison.

Voici maintenant un quatrième enfant, âgé actuellement de huit ans, qui a été atteint à l'âge de trois ans d'un coryza chronique suppuré et qui, par suite de l'élimination de quelques petits séquestres, a le nez un peu aplati et déjeté latéralement. Lui aussi présente des dentelures très marquées sur les bords des dents, mais, sauf quelques petits boutons, il n'a jamais été atteint de lésions cutanées.

Ici on pourrait songer certainement aussi bien à la scrofule qu'à la syphilis comme cause des accidents.

Un cinquième enfant, âgé de quatre ans, ne porte aucune lésion suspecte sur aucun point du corps.

Pour compléter ces renseignements, j'ajouterai qu'une petite fille du même lit est morte à l'âge de six mois d'une bronchite, et que la mère, avant d'avoir des enfants à terme, a fait deux fausses couches de trois et de quatre mois.

Il y a une question qui prime, selon moi, toutes celles que soulève l'exposé précédent, c'est celle de savoir de qui le dernier-né de cette famille si tristement éprouvée a pris sa syphilis. Cette dernière, étant donnée la description du Dr Ortega, que j'ai transcrite en grande partie, me paraît incontestable. Les accidents signalés sont suffisamment caractéristiques comme date du début, comme caractères extérieurs, comme influence ultérieure sur l'habitus général. Rien n'autorise à les assimiler soit à un simple érythème eczémateux, soit au strophulus des jeunes sujets. Quand l'auteur parle de fissures aux commissures, de plaques muqueuses à l'anus, de tubercules cuivrés, il me semble que sa description ne peut évoquer dans l'esprit que la syphilis avec ses manifestations les plus vulgaires chez le nouveau-né. Mais d'où vient cette syphilis? Ici commence la difficulté.

Cet enfant n'avait pas eu de nourrice. Il avait été nourri artifi-

ciellement au lait de vache. La mère était indemne de syphilis, dans le passé et dans le présent. Quant au père, il nie avoir jamais eu ni chancres, ni accidents d'aucune sorte, et un examen minutieux ne fait pas découvrir une seule cicatrice ou macule suspecte à la surface de son corps. En revanche, il n'a pas toujours joui d'une bonne santé. Agé actuellement de quarante ans, il a présenté à trente-six ans des symptômes de tuberculisation commençante dont le Dr Ortega a arrêté la marche en un an, à force de révulsifs et de toniques. Notons que cette tuberculisation n'était pas héréditaire, puisque le malade ne connaît pas de cas de phtisie dans sa famille, et que les accidents ont débuté plusieurs années après son mariage, par conséquent plusieurs années après la naissance d'au moins trois de ses enfants.

Devons-nous invoquer l'influence occulte d'un troisième personnage, de celui qu'on fait volontiers sortir de l'ombre pour les besoins de l'argumentation, lorsque les renseignements fournis par le père et par la mère ne donnent pas complète satisfaction à l'esprit ? Sans doute son intervention est de nature à jeter le trouble dans un débat où la syphilis congénitale est en jeu, mais il y a une considération pratique qui, dans l'espèce, trouve son application c'est que dans un ménage fécond qui se signale en douze ans par deux fausses couches et six accouchements « le plus heureux des trois » trouve difficilement moyen de se glisser. J'en conclus que, dans le cas actuel, le père est réellement, suivant toute vraisemblance, *quem nuptiæ demonstrant.* De là à conclure que le dernier-né tient bien la syphilis de son père, il n'y a sans doute qu'un pas, mais j'hésite à le franchir. Il faudrait pour cela admettre qu'une syphilis congénitale, caractérisée par les accidents secondaires les plus ordinaires, pût éclater plusieurs années après que la syphilis a contaminé l'un des procréateurs, et, quand je parle de plusieurs années, ce n'est plus de trois ou quatre années qu'il s'agit, mais bien de douze années et peut-être même davantage.

Je puis vous citer quelques faits d'où semble résulter nettement la possibilité de cette influence éloignée des parents ; mais ici il y a une distinction à établir entre les cas où les accidents sont tardifs par rapport à la date de naissance de l'enfant, et ceux où ils le sont par rapport à l'âge de la syphilis des procréateurs au moment de la conception.

Par exemple, Coupland a publié deux observations où l'on voit les accidents héréditaires se développer treize et dix-huit ans après la naissance. Ici il s'agit de syphilis tardive par rapport à la date de la naissance des sujets.

D'autre part, voici des faits qui permettent peut-être d'admettre la syphilis tardive par rapport à l'âge des procréateurs. Dans un

des derniers numéros de la *France médicale* (5 juillet 1882), M. Berne a publié deux faits intéressants.

Un enfant de onze ans entrait le 10 mars 1882 à l'hôpital Trousseau ; il portait une gomme crânienne depuis quatre mois et des exostoses fémorales depuis deux mois. Ses dents présentaient les irrégularités décrites par Hutchinson. Or, le père de cet enfant ayant eu la syphilis en 1861, la syphilis paternelle avait dix ans au moment de la naissance de l'enfant.

Un frère de ce dernier, né deux ans plus tard avait eu à quatre ans une kératite et à cinq ans une hyperostose de l'humérus suivie de suppuration (ce qui, soit dit en passant, peut bien faire douter de la nature syphilitique des accidents). Quoi qu'il en soit, ce deuxième enfant est né douze ans après que son père eut contracté la syphilis.

Dans l'intéressant ouvrage de M. Fournier intitulé : *Syphilis et mariage*, on trouve mentionnés des cas dans lesquels l'influence des procréateurs s'est exercée à assez longue échéance, et l'on pourrait en conclure que les limites de cette sorte d'incubation spéciale sont fort élastiques ; mais, lorsqu'il s'agit de porter la lumière dans une question aussi difficile que celle qui m'occupe, la théorie et les présomptions doivent céder le pas aux faits et l'on a le droit de se montrer extrêmement rigoureux. Or, les conclusions du Dr Ortega sont-elles suffisamment étayées ? Les observations dont elles sont tirées sont-elles inattaquables ? Je ne le pense pas.

En admettant que le dernier-né de cette famille ait réellement présenté des accidents syphilitiques, ce que j'admets volontiers, il est absolument impossible de savoir s'il tenait la syphilis de son père, et surtout si la syphilis supposée du père datait d'avant son mariage. Ici des probabilités ne suffisent pas, il faudrait une certitude complète.

Que dire maintenant des accidents observés chez les autres enfants? Leur spécificité est-elle suffisamment démontrée par leur nature et par l'efficacité du traitement? En ce qui concerne leur nature, il y a des doutes à émettre ; car un coryza chronique suivi de nécrose des os du nez, des kératites interstitielles, des gonflements douloureux de la diaphyse des tibias pourraient aussi bien être attribués à la scrofule et au rachitisme, et cela avec d'autant plus de raison que le père a été atteint de tuberculose pulmonaire pendant une année. Les troubles de la dentition et les caractères particuliers des dents signalés chez plusieurs de ces enfants ne sont pas non plus de nature à forcer la conviction.

Reste l'efficacité incontestable du traitement par l'iodure de potassium. Si une circonstance est capable de me faire pencher du

côté de la syphilis, c'est bien celle-là; car, tout en admettant l'influence de cette substance sur les accidents franchement scrofuleux, je ne l'ai jamais vue aussi rapide, ni aussi décisive que dans les exemples soumis à votre appréciation. Je me sens donc ébranlé, mais pas assez pour sortir de ma réserve.

Je dirai donc, pour me résumer, que la démonstration de la syphilis du père, non pas seulement par une présomption sérieuse mais par des preuves positives, manque au travail de M. Ortega pour qu'il ait une véritable portée. Il plane sur ces faits multiples observés dans une famille unique un doute qu'il est impossible de lever; mais ces faits acquerront peut-être dans l'avenir une valeur qu'ils ne peuvent pas avoir dans le présent, étant donné l'état encore fort embrouillé de la question. Nous devons savoir gré à M. Ortega de nous les avoir communiqués.

En conséquence, je vous propose de lui adresser les remerciements de la Société de chirurgie et de déposer son travail dans nos archives.

Discussion.

M. Desprès. — Je m'associe aux réserves qui ont été formulées par M. le rapporteur, car les observations de M. Ortega sont trop incomplètes pour qu'on puisse affirmer qu'il y avait syphilis; pour moi, je ne le crois pas; peut-être le dernier enfant était-il syphilitique, mais cela non plus n'est pas certain, car, d'ordinaire, on ne trouve pas ensemble les tubercules cuivrés et les plaques muqueuses, quoique la syphilis des enfants soit bien polymorphe.

Pour tous les autres enfants, il ne s'agissait pas de syphilis; la kératite interstitielle n'est pas syphilitique; les nodosités du tibia que signale une des observations étaient peut-être du rachitisme.

M. Magitot. Je regrette de n'avoir point assisté au commencement de la lecture de l'intéressant rapport de M. Le Dentu, mais j'ai cru comprendre que l'auteur du travail qu'il analyse signale, parmi les signes rétrospectifs de syphilis héréditaire qu'auraient présentés plusieurs des sujets observés, cette lésion particulière des dents connue depuis fort longtemps sous le nom d'*érosion*.

Ce signe consiste, comme on sait, dans certaine échancrure du bord libre ou certains sillons simples ou multiples que présentent les dents permanentes et qui, depuis Hutchinson, sont considérés en effet par plusieurs auteurs comme caractéristiques de syphilis héréditaire. C'est l'opinion que défend encore aujourd'hui, avec une grande autorité, M. Parrot.

Or, à plusieurs reprises et dans diverses circonstances, notamment aux derniers congrès de Reims et de Londres, je me suis

élevé contre une telle interprétation. Les arguments que j'ai présentés reposent sur un grand nombre de faits desquels il résulte: 1° que beaucoup de sujets chez lesquels on ne retrouve aucun indice de syphilis héréditaire présentent cette lésion sous ses différentes formes ainsi qu'à des degrés et des niveaux divers; 2° que des sujets notoirement syphilitiques ne la présentent pas; 3° qu'elle se rencontre invariablement chez les individus qui, dans leur première enfance ont présenté certains phénomènes morbides ayant essentiellement la forme convulsive (éclampsie); 4° que les diathèses en général et la syphilis héréditaire en particulier exercent une action incontestable sur les dents, mais que cette action ne se traduit pas par la lésion dont il s'agit; 5° que si un sujet syphilitique présente l'érosion des dents, c'est qu'il a éprouvé, à l'époque contemporaine de la lésion, des phénomènes convulsifs auxquels prédispose d'ailleurs, ainsi qu'on sait, la syphilis héréditaire. L'érosion est alors le fait de l'éclampsie et non de la syphilis; 6° qu'enfin le prétendu signe de syphilis héréditaire s'observe chez certains animaux domestiques (bœuf) que la syphilis n'atteint pas.

La Société comprendra donc que je n'aie pu laisser passer une telle assertion sans protester à nouveau contre la valeur qu'on cherche à lui attribuer, et je me trouve ainsi en parfait accord avec ceux de mes collègues qui se refusent à regarder comme incontestablement syphilitiques les phénomènes observés chez les enfants dont on nous a tracé l'histoire.

M. Horteloup. Je m'associe également aux réserves faites par M. Le Dentu, car d'après les observations la syphilis héréditaire aurait augmenté à mesure qu'elle s'éloignait de son début, et aurait fini par se manifester par des accidents secondaires après avoir donné lieu chez les autres enfants à des accidents tertiaires. C'est le contraire de ce qui se passe toujours.

On pourrait encore supposer une infection de la mère avant le dernier enfant.

M. Verneuil. Je remarque dans le travail de M. Ortega ce fait, que c'est à propos de la maladie du dernier enfant qu'on a songé à la syphilis chez les autres. Ceux-ci ont présenté des affections variées, probablement des phénomènes de scrofule, mais pas de syphilis.

Je considérerais volontiers le dernier comme atteint de syphilis acquise, mais dont l'origine reste inconnue, comme dans beaucoup de cas d'épidémies de famille.

Pour prouver la difficulté de retrouver l'origine de la syphilis, je citerai le fait suivant: un enfant de 17 ans entre dans mon service pour un ulcère siégeant au niveau de la tubérosité antérieure

du tibia ; il y avait eu une tumeur pendant longtemps, elle était ulcérée depuis quatre mois. Je crus à l'existence d'une tumeur de mauvaise nature, et je me disposais à intervenir; mais auparavant, pensant que peut-être il y avait là quelque chose d'analogue au syphilome des bourses séreuses sous-cutanées, j'employai le traitement spécifique, et la guérison survint en 2 mois.

Le père m'avoua qu'il avait eu la syphilis avant son mariage; ses enfants étaient tous sains, celui que j'ai soigné avait été en nourrice et avait failli y mourir, peut-être avait-il pris alors la syphilis. Cette observation ne prouve donc rien.

M. Desprès. Dans l'observation de M. Verneuil, l'enfant a été malade en nourrice, il n'en faut pas plus pour expliquer la lésion qu'il a eue. Les maladies graves que les enfants contractent de 1 à 7 ans peuvent amener plus tard des accidents gommeux. Dans un cas, j'ai vu sur un enfant de 11 ans une gomme de la jambe; cet enfant n'avait eu que le choléra, et il a présenté une succession de gommes; il avait 8 frères et sœurs et lui seul a eu des gommes.

De plus, les maladies des parents, même en dehors de la syphilis, peuvent amener des gommes chez les enfants.

Pour ce qui concerne les lésions des dents, je suis de l'avis de M. Magitot, et j'ai vu des exemples de parents syphilitiques dont les enfants avaient des dents saines.

M. Verneuil. M. Desprès nous dit que lorsque les enfants ont eu des fièvres éruptives, par exemple, ils peuvent présenter plus tard des sortes d'accidents tertiaires ou quaternaires.

J'accepte volontiers cette proposition, en ce sens que quand un homme a eu une maladie qu'il ne peut plus contracter de nouveau, il reste intoxiqué, il porte des modifications histologiques dans tout son être, et ce poison peut un jour amener des accidents.

Mais je n'accepte pas qu'une maladie banale, non spécifique, puisse engendrer des accidents consécutifs spécifiques, des gommes syphilitiques.

Or, dans mon observation, l'enfant a eu une gomme syphilitique, qui ne peut provenir que d'une syphilis antérieure, seulement la voie d'entrée de la syphilis est difficile à trouver.

M. Le Dentu. Je me félicite d'avoir fait des réserves dans mon rapport, car, en effet, la syphilis congénitale est difficile à élucider; c'est pour cela qu'il faut enregistrer les documents qui se présentent et tenir compte des observations de M. Ortega. A M. Desprès je dirai que l'on peut considérer comme certain dans ces observations qu'il ne s'agissait pas de syphilis acquise : celle-ci est plus facile à établir que la syphilis congénitale; j'ajouterai que

chez les enfants on peut voir des tubercules peu après la naissance en même temps que des plaques, j'ai constaté ce fait avec M. Hardy.

Je partage l'opinion de M. Magitot au sujet des lésions des dents.

M. Horteloup a fait une observation juste, l'aggravation de la syphilis chez les enfants avait frappé M. Ortega, il l'expliquait par le changement survenu dans la situation financière des parents.

Quant au dernier enfant, il n'a pas eu de nourrice et n'a pu prendre la syphilis par cette voie.

Les conclusions du rapport de M. Le Dentu sont mises aux voix et adoptées.

Communications.

Abcès du cerveau. — Évacuation du pus par le trépan.

par M. Polaillon.

Le 18 avril dernier, le Dr Prosper Bernard, médecin à St-Mandé, envoyait à la Pitié le nommé M. pour une affection du crâne. Ce malade fut placé dans mon service, salle Broca, n° 13.

Notre honorable confrère avait en même temps l'obligeance de nous adresser une note sur les phénomènes qu'il avait observés. Je ne peux mieux faire que de rapporter ce qu'il nous écrivait :

« M. est malade depuis vingt jours. Je lui donne des soins depuis une dizaine de jours seulement. Le malade aurait accusé au début une céphalalgie nocturne atroce, de l'insomnie, une *sensation de gonflement* et de *déformation du crâne;* et enfin il aurait constaté une légère tuméfaction, au niveau de la suture bipariétale, produite par un *petit bouton.* A ma première visite, j'ai constaté que le pouls était tombé à 42. Les pupilles étaient dilatées. Il y avait de la douleur iliaque à droite et des gargouillements très marqués ; mais les véritables symptômes typhoïdes étaient absents. J'incline pour une méningo-encéphalite au début.

« Il y a trois jours (le 14 avril), mon attention est attirée par une tuméfaction, large comme un franc, située au niveau de la partie antérieure et droite de la suture sagittale. Elle est molle et donne la sensation d'une collection séro-sanguine ancienne, en voie de résorption, et qui serait située sous l'aponévrose occipito-frontale. Incision. Deux cuillerées à café de pus épais. Un stylet explorateur me révèle une dénudation de l'os. Il pénètre *par son propre poids,* à travers un petit pertuis, dans la cavité crânienne à 4 ou 5 centi-

mètres de profondeur. J'arrête cette dangereuse exploration, et je songe de suite à une nappe de pus enveloppant la dure-mère, à la gravité d'accidents imminents, à l'indication formelle du trépan, à la possibilité de sauver cet homme s'il en est temps encore. Le bras gauche s'engourdit. La parole, qui était nette hier, s'est sensiblement embrouillée. »

Nous cherchons à compléter les renseignements si importants fournis par le Dr Prosper Bernard en interrogeant la femme du malade sur la cause probable de cette affection. Nous lui demandons en particulier si son mari n'a pas fait une chute ou s'il n'a pas reçu quelque coup sur la tête. Mais elle répond à toutes nos questions que la maladie est venue spontanément, sans avoir été causée par un accident quelconque.

M... a quarante ans. Il est couché dans le décubitus dorsal et semble insensible à tout ce qui se passe autour de lui. Il est dans un état de prolapsus voisin de la stupeur. Son intelligence est conservée. Ses réponses sont lentes, mais sensées et précises. Sa mémoire est paresseuse, mais intacte. En un mot, toutes les facultés intellectuelles existent; elles sont seulement affaiblies. La parole est embarrassée et un peu difficile, parce qu'il y a une hémiplégie faciale complète à gauche. Toute la moitié gauche du corps présente aussi une paralysie complète du mouvement. Mais dans ces mêmes régions la sensibilité persiste à un faible degré, car le malade réagit sous l'influence d'une forte excitation. La contractilité musculaire est exagérée dans les membres paralysés du mouvement volontaire. Rétention d'urine. Constipation. Pas de vomissements. T. 37°,5. Pouls régulier à 62. Respiration 20.

Un peu en avant de la suture fronto-pariétale droite, en avant et à droite du bregma, je trouve l'incision faite par le Dr Prosper Bernard. J'en décolle les bords et j'arrive sur le frontal qui est à nu, mais qui n'est pas nécrosé. Pas de pus. Dans le fond de la plaie, je vois une fissure transversale, rectiligne, à bords très légèrement déchiquetés et écartés, longue de 13 millimètres environ. Cette solution de continuité du frontal ne ressemble aucunement aux sutures normales du crâne, et est absolument indépendante de celles-ci; elle se termine nettement à ses deux extrémités comme si elle avait été produite par un instrument contondant. Malgré les dires de la femme du malade, j'insiste auprès de ce dernier pour savoir s'il n'a pas reçu un coup sur la tête. Mais il répond négativement; il s'anime et se fâche quand je ne veux pas ajouter foi à ses dénégations. J'ai appris plus tard par sa sœur et par un de ses amis qu'avant de tomber malade il avait eu une rixe avec des camarades et qu'il avait reçu sur la tête un coup à la suite duquel il avait perdu connaissance. Mais pour des raisons inconnues, il

avait soigneusement caché cet accident. Ainsi l'origine de la maladie était manifestement un traumatisme du crâne.

Pansement de Lister. Lavement laxatif.

Pendant la nuit du 18 au 19 avril, agitation et paroles incohérentes.

19 *avril.* —Prostration plus accusée. Parole très lente. Les pupilles sont régulières. Pas de trépidation épileptoïde. Pas d'exagération des réflexes. T. matin, 37°,4. Pouls 60, irrégulier. Respiration 18. T. soir, 37°8.

20 *avril.* — Le bras gauche présente de la raideur sans contracture proprement dite. Pas de mouvements convulsifs. La sensibilité n'est abolie nulle part; elle est moins obtuse du côté paralysé que de l'autre côté.

T. 37°,2. P. 80, R. 28.

Soir, T. 38°.

21 *avril.* — Pansement de la plaie. Très peu de suppuration.

T. matin 37°. T. soir 37°,6.

22 *avril.* — Incontinence des matières fécales.

T. matin 37°,8. T. soir 38°,4.

23 *avril.* — État voisin du coma. Entre l'impression sensorielle, tactile ou auditive, et la manifestation de la sensation perçue, il s'écoule un temps considérable qui n'est pas moindre de 15 secondes.

Il me paraît de plus en plus évident que l'hémisphère cérébral droit est comprimé soit par une tumeur, soit par un abcès. J'ai fait examiner au microscope les petits bourgeons charnus qui existent dans l'interstice de la solution de continuité du crâne. On y a trouvé des noyaux embryoplastiques comme dans les bourgeons charnus de bonne nature et rien de cancéreux. L'hypothèse d'un cancer du cerveau doit donc être rejetée.

Reste l'hypothèse d'un abcès du cerveau. Depuis que le malade est soumis à mon observation, il ne s'est presque pas écoulé de pus par la fissure osseuse. A l'exemple du Dr Prosper Bernard, j'ai introduit plusieurs fois un stylet jusque dans la cavité crânienne, et après chacune de ces explorations je n'ai pas vu soûrdre le pus. La suppuration doit donc exister au-dessous de la dure-mère, dans la substance cérébrale elle-même. L'élévation de la température, surtout vers le soir, et l'augmentation des phénomènes de compression sont des indices que l'abcès tend à augmenter de volume. Il est donc urgent d'essayer d'évacuer le foyer purulent.

Sur l'extrémité droite de la fissure crânienne, j'applique une couronne de trépan d'un centimètre et demi de diamètre. Arrivé sur la dure-mère, je rencontre quelques bourgeons charnus, mais

pas de pus. La dure-mère ne fait aucune saillie appréciable dans le vide du trépan. Il n'est pas démontré qu'un abcès existe au-dessous du point trépané, et je m'abstiens d'inciser la dure-mère.

T. soir 38°,6.

24 *avril.* — La nuit a été très calme avec sommeil régulier, ce matin les réponses sont moins lentes qu'hier. Pansement. Il y a une cuillerée à café de pus phlegmoneux sur la plaie; ce pus vient des lambeaux et de la profondeur. L'examen histologique des bourgeons charnus montre toujours qu'ils sont de bonne nature.

T. matin 37°,6. T. soir 38°.

25 *avril.* — La prostration est plus grande. Insensibilité complète de la cornée à gauche.

Le pus sort en notable quantité par l'ouverture du trépan. Il s'est infiltré entre la dure-mère et le crâne et paraît venir d'un foyer situé plus à droite. J'applique immédiatement une seconde couronne de trépan à un centimètre et demi à droite et en dehors de la première. A peine la rondelle osseuse est-elle enlevée, qu'on voit s'écouler en bavant un pus phlegmoneux, très épais, dont la quantité peut être évaluée à 60 grammes. Le pus sort d'une perforation de la dure-mère, qui se trouve dans le champ de la perte de substance produite par le second trépan. Un stylet introduit par cet orifice pénètre à plusieurs centimètres dans la cavité d'un abcès développé dans la substance même de l'hémisphère droit. Pansement de Lister.

T. matin 37°. T. soir 37°,6. Pouls à 76 avec quelques intermittences.

26 *avril.* — Nous notons que l'intelligence est toujours intacte. Le malade ne parle pas spontanément, mais il répond toujours aux questions qu'on lui adresse. Il ne souffre plus et semble mieux. Il boit avec appétit du lait et du bouillon.

Pansement sous le nuage phéniqué. Comme le pus s'écoule mal, je place un drain en caoutchouc rouge que j'enfonce à trois centimètres de profondeur dans la cavité crânienne, puis je fais un lavage du foyer purulent en y injectant de l'eau phéniquée au vingtième.

27 *avril.* — L'état général est bien meilleur. La prostration diminue. La face a une expression moins hébétée. L'appétit reparaît.

Pansement. Il n'y a pas de suppuration. Le drain est enlevé.

Dans l'après-midi de ce jour, les parents du malade viennent le voir et *exigent* de l'emmener chez eux. Malgré la gravité de son état et malgré toutes les observations des personnes du service sur le danger de le transporter hors de l'hôpital, M... est placé dans une voiture et on le ramène à Saint-Mandé.

Le Dr Prosper Bernard est de nouveau appelé à lui donner des soins. Il constate que la plus grande partie de l'hémisphère droit est détruite et que le stylet y pénètre par son propre poids à plus de dix centimètres de profondeur. Il est arrivé ce que nous avions prévu. Le malade s'est affaibli de plus en plus; des escharres se sont formées au niveau du sacrum ; il est tombé dans le coma et est mort le 5 mai.

L'autopsie a été refusée par la famille.

Bien qu'incomplète, cette observation peut figurer parmi celles où un abcès du cerveau a été évacué par le trépan. Le drainage et les lavages phéniqués du foyer, combinés avec le pansement de Lister, avaient notablement amélioré l'état local et l'état général du malade. Nous étions fondés à espérer une guérison, lorsque l'entêtement aveugle de ses proches l'a soustrait à nos soins et aux pansements minutieux qui semblaient réussir.

Ligature de l'artère linguale.

Histoire des deux principaux procédés,

par M. Farabeuf.

La ligature de la linguale, pour quelque cause qu'on l'ait pratiquée, a été faite probablement des centaines de fois depuis la première opération de Mirault en 1833. G. Fischer, dans son important travail, nous dit en effet connaître 110 observations [1].

Cette opération date du siècle; elle ne compte guère que deux procédés et cependant nous savons mal qui les a créés. Question historique de bien minime importance, je le sais, et que, ménager de mon temps, j'aurais dû abandonner dès le remier jour de mes recherches. Pourtant si personne ne s'emploie à temps pour éclairer et rectifier, même les petites questions, les auteurs pressés ou insouciants se transmettent une foule d'erreurs qui encombrent la science, étouffent la vérité première et la rendent bien difficile à retrouver plus tard.

[1] *Deutsche Chirurgie*, 34e livraison, Krankeiten des Halses, 1880. — 73 fois la linguale a été liée préalablement à une extirpation de la langue; 12 fois seulement dans le but d'atrophier un cancer ou un angiome; 4 fois pour remédier à une hémorragie d'ulcération; 4 fois pour arrêter une hémorragie traumatique; 17 fois les deux linguales ont été liées. Fischer accepte que c'est à Béclard que revient l'idée de la ligature préalable, pratiquée pour la première fois par Mirault d'Angers; il dit que Liston, le premier, en 1838, a lié les deux linguales pour entraver le développement d'une tumeur vasculaire.

Jetons d'abord un coup d'œil sur notre terrain. Quand on dissèque à grands traits la région sus-hyoïdienne, la glande sous-maxillaire se rencontre bientôt qu'il faut extirper ou relever pour observer les parties sous-jacentes : muscles, nerf grand hypoglosse, artère linguale. Le plus superficiel des muscles est le digastrique en forme d'anse concave en haut et dont le ventre postérieur pénètre le stylo-hyoïdien. Sous le ventre antérieur, on aperçoit le plan musculaire du mylo-hyoïdien; sous le ventre postérieur le plan plus profond de l'hyoglosse dont la partie antérieure est couverte par le bord postérieur du mylo-hyoïdien. Le nerf grand hypoglosse, après sa réflexion, s'applique à la face externe de l'hyoglosse et marche en avant et en haut. Il croise donc à angle aigu le ventre postérieur du digastrique sous lequel il passe et se trouve visible au-dessous et en arrière de ce muscle, puis au-dessus et en avant; il disparaît enfin sous le mylo-hyoïdien.

Le trajet de l'artère linguale sous-jacente au plan musculaire hyoglosse est analogue à celui du nerf. On ne voit pas l'artère comme le nerf, mais on peut, en incisant l'hyoglosse découvrir l'artère dans les deux points où l'on voit le nerf :

1° Au-dessous et en arrière du ventre postérieur du digastrique, entre ce corps charnu et la grande corne hyoïdienne;

2° Au-dessus et en avant du même muscle, notamment dans l'aire d'un petit triangle limité en arrière par la portion tendineuse du ventre postérieur digastrique, en avant par le bord postérieur du mylo-hyoïdien et en haut par le nerf lui-même.

Pour éviter toute confusion, il faut s'entendre.

Lier l'artère *au-dessous du digastrique*, c'est la lier *au-dessus de la grande corne*, par le *procédé ancien*, ou premier procédé.

Chercher le vaisseau *au-dessus du digastrique*, dans le petit triangle, *trigonum linguale*, c'est le second ou *nouveau procédé.*

Nous vivons actuellement dans cette foi que Malgaigne est le véritable créateur du procédé ancien et que Bell et Wise sont les auteurs du procédé nouveau.

Nous allons essayer de constituer et d'examiner les dossiers historiques de ces deux procédés en commençant par celui de l'ancien.

Procédé ancien. — Je viens de tenir les huit éditions successives de la médecine opératoire de Malgaigne. La première est de 1834, la seconde de 1837. Voici le texte relatif à la ligature de l'artère linguale.

« Béclard a proposé de la lier au-dessus de l'os hyoïde; en effet, arrivée au niveau de la grande corne, elle s'engage entre le constructeur moyen du pharynx et l'hyoglosse, et se dirige de telle sorte qu'elle se trouve à une ligne au-dessus de la grande corne en

Paris. — Soc. d'imp. PAUL DUPONT (Cl.). 57.8.82. *Le Gérant*, G. MASSON

arrière, et qu'elle est éloignée de 8 à 10 lignes du corps de l'os en avant.

« Le malade couché sur le dos, le cou tendu, la face inclinée du côté sain, on fait une incision d'un pouce à quinze lignes, suivant la direction de l'artère indiquée par celle de l'os hyoïde. La peau et le peaussier divisés, on repousse en dehors la veine faciale; on ouvre la gaine celluleuse de la glande sous-maxillaire, et on relève cette glande sans l'intéresser; on relève également les muscles digastrique et stylo-hyoïdien; le muscle hyoglosse étant ainsi mis à nu, on le divise avec précaution en soulevant ses fibres, avec une pince à disséquer ou sur une sonde cannelée, et au-dessous de lui on trouve l'artère, très facile alors à isoler.

« Cette artère n'a pas encore été liée sur le vivant. »

De Blandin, de Manec pas un mot. Pourtant, Blandin avait écrit en 1826 [1] :

« Si l'artère linguale avait été ouverte, on pourrait, pour la lier, la découvrir sous l'hyoglosse, près de la grande corne de l'os hyoïde, en faisant une petite incision parallèle à cet os que l'on sent aisément; dans cette opération, on couperait la peau, le peaucier, ou soulèverait les muscles digastrique et stylo-hyoïdien [2], l'hyoglosse serait intéressé; et l'artère, ainsi mise à nu, pourrait être facilement saisie à l'aide d'une sonde cannelée; il ne faudrait pas trop s'éloigner de la corne hyoïdienne, de peur d'atteindre le nerf grand hypoglosse. Sur le cadavre, on exécute facilement cette opération que son auteur, Béclard, conseillait, etc.... »

Et Manec, en 1832, après huit années d'enseignement, dit-il, avait étudié l'anatomie de l'artère linguale et de sa région et il imprimait ces lignes accompagnées d'une figure longuement expliquée [3]:

« ... Cette position prise, le chirurgien s'assurera de la position de l'os hyoïde, qu'il doit avoir soin de prendre pour guide dans tout le cours de l'opération; ensuite, il pratiquera une incision longue d'un pouce à quinze lignes, laquelle commencera un peu en arrière de la corne de l'os hyoïde pour se continuer en haut et en avant, à un demi-pouce au-dessus du corps de cet os. La peau et le muscle peaussier étant divisés, il faut ménager la veine faciale en la portant en arrière. Souvent cette précaution est inutile, ce vaisseau étant très en arrière. On ouvre ensuite la gaine celluleuse de la glande sous-maxillaire, et on relève ce corps sans intéresser son tissu. Cela fait, on aperçoit les muscles digastrique et stylo-hyoï-

[1] *Traité d'anatomie topographique*, 194 et 195. 1re édition, 1826.

[2] Blandin a imprimé par erreur stylo-glosse.

[3] *Traité théorique et pratique de la ligature des artères*, Paris, 1832, pl. III.

dien ainsi que le nerf hypoglosse. Si ces divers organes sont trop rapprochés de l'os hyoïde, comme cela a lieu chez les sujets qui ont le cou court, on les soulèvera légèrement, afin de mettre bien à nu la face externe du muscle hyoglosse. Lorsque ce muscle est à découvert, il faut saisir avec une pince à dissection quelques-unes de ses fibres, les soulever et passer une sonde cannelée au-dessous pour en faire la section avec un bistouri. Cette section faite, l'artère est à découvert. On la saisit et on l'isole facilement, attendu qu'elle est très mobile entre le constricteur moyen et l'hyoglosse. »

Dans sa troisième édition, 1840, de même que dans sa quatrième 1843, Malgaigne reproduit sa première description sous le nom de procédé ancien qu'il déclare des plus hasardeux, même sur le cadavre. Il donne ensuite un procédé nouveau et voici les principaux paragraphes de son texte :

« La grande corne de l'hyoïde préalablement reconnue, il faut faire, à deux lignes au-dessus et parallèlement à elle, une incision d'environ quinze lignes, comprenant la peau et le peaussier; on tombe ainsi sur le bord inférieur de la glande sous-maxillaire : premier point de ralliement.

« Cette glande un peu repoussée en haut, on trouve au-dessous le tendon du digastrique remarquable par son brillant nacré : deuxième point de ralliement.

« A une demi-ligne au-dessous se présente un cordon blanchâtre, quelquefois caché par quelques fibres du stylo-hyoïdien[1]; dégagez-le au besoin avec la pointe du scalpel : c'est le nerf hypoglosse.

« Ce troisième point bien reconnu, à une ligne au-dessous, divisez transversalement le muscle hyoglosse, et vous tomberez exactement sur l'artère .... »

En 1849 (5e édition) et en 1853 (6e édition), le procédé que Malgaigne avait d'abord qualifié nouveau prend le nom de *procédé de l'auteur*. La description de l'autre procédé subsiste encore. Elle a disparu des dernières éditions (7e édition, 1861; 8e édition, 1874), où se trouve seul le procédé de l'auteur. Malgaigne a du s'apercevoir à la fin qu'il était inutile de décrire deux fois la même chose; qu'il n'y avait aucune différence dans le fond entre son procédé et celui qu'avaient décrit Blandin, Manec et tant d'autres depuis, en France et à l'étranger. Il aurait dû, préférant avec juste raison sa forme,

[1] Malgaigne dit plus haut de voir le *tendon* pour découvrir le nerf hypoglosse, et ici de porter au besoin le scapel sur les fibres du stylo-hyoïdien. J'ignore pour quelles raisons il essayait ainsi de lier à quelques millimètres en avant du lieu d'élection de Béclard, Blandin et Manec.

faire à qui de droit la part du fond. Il n'aurait pas été sans doute pour quelques-uns le seul auteur du procédé; mais il aurait vu tout le monde lui accorder la part due à celui qui vulgarise et fait accepter en améliorant.

Encore aujourd'hui et de l'avis de tous, c'est Béclard qui, dans son enseignement oral, proposa et enseigna le premier la ligature de la linguale. Cependant Velpeau a l'air de ne pas en être sûr.

On s'exerçait beaucoup à lier la linguale dans les amphithéâtres de Paris de 1820 à 1822. Nous verrons plus loin que le procédé de Wise date de cette époque et a été réglé à Paris même. Comment se fait-il donc que Velpeau, en 1825, n'ait donné que de vagues indications dans son anatomie chirurgicale, alors qu'une année plus tard Blandin formulait nettement un procédé très vraisemblablement répandu depuis plusieurs années parmi les élèves de Béclard qui venait de mourir?

Celui-ci fut-il, suivant l'expression de Blandin, *l'auteur* de la ligature de l'artère linguale? Sans doute, puisque c'est de Paris qu'elle s'est répandue ensuite dans toute Europe.

Mais, voici un texte, passé inaperçu et qui prouve qu'avant 1814, par conséquent avant Béclard, Ch. Bell avait pensé à la technique de cette opération:

« L'artère linguale décrit sa grande courbe, car elle est tortueuse, immédiatement au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde; elle s'engage alors sous le muscle hyoglosse [1]. S'il était nécessaire de la découvrir en cet endroit, prenez l'extrémité de l'os hyoïde comme guide, car elle se recourbe juste au-dessus pour s'engager sous le muscle hyo-glosse. Incisez le peaussier, relevez le bord inférieur de la glande sous-maxillaire, touchez l'extrémité de l'os hyoïde et faites attention au nerf que vous voyez couché tout près: c'est la neuvième paire (grand hypoglosse) située entre l'artère et le tendon du muscle digastrique. »

Les compatriotes de Ch. Bell, qui ont tant écrit sur les artères,

[1] Ch. Bell dit, à deux reprises, mylo-hyoïdien. Il me semble que c'est un lapsus évident. Voici le texte anglais :

« The lingual artery makes its great curve (being tortuous) immediately above the great horn of the os hyoïdes; it then passes under the mylo-hyoïdeus muscle. Were it ever necessary to cut upon it here, let the extreme point of the os hyoïdes be the marck; for it turns just above it to pass under the mylo-hyoïdeus. Cut throught he platisma myoides, raise the lower edge of thes ub-maxillary gland, feel the extremity of the hyoïdes. Take care of the nerve which you see lying near it: it is the 9e pair, and is betwixt the artery and the tendon of the digastricus or biventer maxillae. » *Operative Surgery*, t. II, p. 428, 2e édition, 1814.

n'ont généralement pas manqué d'insister sur la ligature de l'artère linguale et quelquefois avec précision [1].

Mais ils ne sont pas tous grands clercs en matière de bibliographie. Ils décrivent la ligature de la linguale au-dessus de la grande corne, comme Ch. Bell, Blandin, Manec, Malgaigne, etc., etc.

Ceux qui ont écrit dans ces 20 dernières années ne connaissent même pas tous le procédé du petit triangle, et je crois que c'est Maunder qui, à son retour de Paris où il était venu apprendre la médecine opératoire, l'a enseigné le premier aux Anglais sous le titre « Another mode ». Ne paraît-il pas étonnant qu'un procédé puisse être attribué à Bell et Wise et être resté ignoré si longtemps en Angleterre ?

Je ne connais Wise que par ce qu'en a dit Averill, chirurgien de Cheltenham, en 1823. Quant au Bell dont le nom est accolé ordinairement à celui de Wise, c'était, je crois, un médecin de Philadelphie qui avait réimprimé en Amérique l'ouvrage d'Averill, avant 1825. Du reste, nous verrons plus loin que le procédé Bell-Wise n'est pas ce que l'on croit généralement. C'est bien à juste titre qu'on appelle *nouveau* le procédé du petit triangle relativement au procédé ancien dont nous avons abandonné l'histoire un instant pour faire remarquer que le Dr Bell dont le nom figure à côté de celui du Dr Wise n'était pas l'un des grands chirurgiens anglais du commencement du siècle.

Je ne pense pas que les variantes du procédé ancien doivent être comptées comme des procédés particuliers. Toutes ont pour but de lier l'artère entre son origine et le point où elle croise le digastrique. Il ne suffit pas de proposer une mauvaise incision, un mauvais lieu d'élection pour la pose du fil, etc., pour avoir le droit d'être proclamé inventeur, quand on vient après d'autres qui ont mieux fait et surtout qui ont parlé et écrit.

Mirault, qui eut l'honneur de lier, le premier, la linguale sur le vivant, le 18 mai 1833, ne procéda pas très bien et ne put saisir que l'artère du côté droit; il avait échoué la veille sur le côté gauche de la même malade. Il eut été plus heureux sans doute, s'il avait médité les dix lignes de Blandin, ou connu la description de Manec.

Flaubert eut également beaucoup de peine.

Quant à Dietrich (1831), sa méthode consiste à se porter sur l'origine même de la linguale à l'aide d'une incision analogue à celle dont

[1] W. Hargrave, *A system of operative Surgery.* Dublin, 1831, p. 71 et 72. — Robert Harrison, *The surgical anatomy of the arteries*, Dublin, 1839, 4e édition, p. 49; la 1re édition est de 1824-25. — Valentine Flood, *The surgical anatomy of the arteries,* London, 1839, p. 33, etc.

on se sert pour lier la carotide externe. Les Allemands se sont chargés de critiquer, malgré Dieffenbach, la méthode de Dietrich, que l'on pourrait justement qualifier le dérivé le plus difficile, le plus sanglant et le plus aléatoire du procédé ancien de Béclard.

Il est un fait acquis : malgré la citation que j'ai faite de Ch. Bell, c'est à Béclard que les étrangers accordent le mérite d'avoir proposé, au double point de vue clinique et anatomique, la ligature de la linguale entre la grande corne hyoïdienne et le digastrique. Blandin, quoique bref, avait bien décrit le procédé de son maître dès 1826. Manec a été plus explicite en 1832. A partir de ce moment, les bonnes descriptions ne sont plus rares nulle part et la forme seule a changé. Celle de Malgaigne, ponctuant sa description pour s'arrêter, suivant sa précieuse méthode, à chaque point de ralliement, a mérité tous les suffrages. Mais la forme ne doit pas primer le fond et il serait injuste de ne pas reconnaître et proclamer lè mérite de ceux qui ont recueilli et constitué le procédé de Béclard, dans les termes ci-dessus rapportés.

Procédé nouveau. — Dans le procédé ancien, la recherche du vaisseau ayant lieu au-dessous et en arrière du digastrique, le faisceau que forme ce muscle avec le stylo-hyoïdien devait être relevé pour peu que l'on voulut lier assez loin de l'origine de la linguale. Wise eut l'idée d'abaisser ce corps comme pour atteindre l'artère au-dessus et en avant.

Wise étudiait la médecine opératoire à Paris avec son am Averill, probablement pendant l'hiver 1821-1822. Il rédiga son procédé dont l'originalité consiste à tirer le ventre postérieur du digastrique en bas et en dehors pour inciser l'hyoglosse au-dessus et découvrir l'artère [1]. Mais il ne dit pas où il convient d'inciser le

[1] « My friend Dr Wise, at the time we were practising together, in Paris, the operations described in this treatise, made the following notes as a guide for finding the lingual artery.

The patient is to be placed on a chair, with his head reclining backwards on an assistant, who should keep the lower jaw fixed. An incision, commenced over the body of the hyoid hone, is to he carried outwards, and a little upwards, or towards the mastoid process of the temporal bone, for two inches. By this incision, the skin and platysma myoïdes being cut through, the cervical fascia is hrought into view, over, or sometimes underwhich, a vein passes, which is to be drawn aside if this cannot he done, it is to be tied, divided and dissected up. The fascia being divided to the same extent as the external wound, the posterior portion of the digastric muscle should be drawn downwards and auswards; when the lingual artery can easily be felt resting on the genio-glossus muscle, with the hyo-glossus over it on which the lingual nerve passes. After dividing a few fibres of the hyo-glossus, a ligature may be

muscle hyoglosse relativement au nerf qu'il ne cite que pour recommander de ne pas le couper.

Il semble n'avoir ni remarqué ni même vu le petit triangle. Vraisemblablement il abaissait et le digastrique et le nerf grand hypoglosse pour inciser au-dessus.

Si je n'avais lu que le livre d'Averill, j'aurais même conçu des doutes sur l'innovation de Wise. Le texte dit bien qu'il faut tirer le muscle en bas et en dehors, *downwards and outwards*; mais la suite fait de telles allusions à la grande corne et au voisinage de l'artère thyroïdienne supérieure qu'on se prend à se demander s'il n'y a pas eu erreur d'adverbes et si l'auteur « écrivant » en bas et en dehors, ne pensait pas en haut et en dedans, auquel cas Wise n'aurait fait que rédiger avec lapsus le procédé de Béclard qu'il avait dû apprendre à Paris.

Mais l'abaissement du digastrique a été maintenu dans les diverses éditions d'Averill, et aussi sans doute dans l'édition américaine qui a valu au docteur John Bell de Philadelphie de se voir proclamer co-inventeur du procédé de Wise. Dès 1825, Froriep le père enregistrait pour l'Allemagne l'extrait d'Averill rédigé par Wise [1]. Et le même procédé se montrait de nouveau dix ou douze ans plus tard dans les planches chirurgicales de Froriep le fils [2], si j'en crois Günther.

Celui-ci [3] décrit la ligature de la linguale *nach Ch.* (?) *Bell und Robert Froriep* et remarque ensuite que c'est absolument le procédé de Wise. Je persiste à penser qu'il ne s'agit pas ici de Ch. Bell l'Anglais bien connu, mais du docteur John Bell de Philadelphie, l'éditeur d'Averill, mort en 1872, après avoir publié divers ouvrages de médecine. Quant au procédé, tel que le donne Günther, c'est bien celui de Wise : le ventre postérieur du digastrique doit être tiré en bas « *nach abwarts gezogen.* » On peut ainsi, dit l'auteur allemand, découvrir l'artère entre son origine et le muscle mylo-hyoïdien, le nerf et la veine linguale satellite étant *abaissés.*

passed round the artery, as it runs along the superior part of the horn of hyoid bone.

In performing this operation, care must be taken, to avoid cutting the lingual nerve, and as the superior thyroid artery passes near it, the operator should guard against taking up that vessel in mis take for the lingual. » (Ch. Averill, a short treatise of operative Surgery describing the principal operations as they are practised in England and France. 3e édition. 1830, p. 53 et 54. London.

[1] *Froriep's notizen* X, p. 185, mai 1825.

[2] *Chir. Kupfert*, n° 327, d'après Günther.

[3] GUNTHER, *Lehre von den Operationen am Halse des menschlichen Körpers, Fünfte Abtheilung*, p. 124, Heidelberg, 1864.

Nous sommes en 1864, en Allemagne : le petit triangle semble encore totalement inconnu, et l'on dirait que personne n'a proposé de lier l'artère à la fois *en avant* du ventre postérieur du digastrique et *au-dessous* du nerf. Cependant, Pirogoff, *scribebat Dorpati mense Augusto a.* MDCCCXXXVI, et A. Guérin à Paris...... Mais ne concluons pas avant d'avoir exposé.

La méthode du petit triangle qu'improprement nous attribuons à Bell et Wise a failli prendre le nom d'Hueter, il y a dix ans, après la publication de Lesser, l'un des élèves de ce chirurgien. Lesser décrivit, d'après son maître, le « trigonum linguale » et rapporta 7 ligatures faites en ce lieu par Hueter depuis mai 1868[1].

Comme Podrazki avait lié, lui aussi, dans le *trigonum linguale*, et dès février 1868, ce que Weichselbaum, son élève, nous apprend[2], Hueter n'a pas été le premier qui ait appliqué au vivant le procédé nouveau.

La littérature chirurgicale allemande est actuellement bien plus riche que la nôtre et que celle des Anglais. C'est une mine que jamais l'ignorance, ni la paresse, ni la vanité ne devraient nous empêcher d'explorer. Dans le journal même où Lesser avait publié son travail, Beck intervint l'année suivante[3] pour contester la nouveauté de la « méthode d'Hueter ». Je la connais, dit-il ; il y a 20 ans que je l'enseigne ; je l'ai même appliquée sur le vivant en 1869 ; A. Guérin l'a décrite [4] ; il y a longtemps qu'on la démontre à l'École pratique de Paris ; je m'y exerçais en compagnie d'autres étudiants allemands dès 1845.

Je tiens de A. Guérin lui-même qu'à cette époque, en effet, la ligature de la linguale dans le petit triangle était déjà enseignée chez nous. D'où était venu ce procédé ? Nul n'a pu me le dire à Paris.

Peut-être de Pirogoff ? [5]

Le chirurgien russe nous donne en effet deux planches, XIV et XVI, qui nous montrent le petit triangle percé d'une boutonnière au fond de laquelle l'artère est visible et signalée. Le texte relatif à ces figures manque à l'exemplaire que j'ai entre les mains, mais outre que ces figures parlent, Zuckerkandlt [6] nous fournit la description suivante empruntée à Pirogoff: Inciser la peau, le tissu cellulaire, le peaussier, la capsule fibreuse de la glande sous-maxillaire. Disséquer cette glande, la faire relever et déchirer la paroi

[1] *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1872, I. p. 587, reproduit en substance *in Canstatt's J.*, 1873, II, p. 476.

[2] *Wiener med. Wochenschrift*, 1873, nos 42, 44.

[3] *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1873. II. 322.

[4] *Eléments de chirurgie opératoire*, 1855.

[5] *Anatomia chirurgica truncorum arterialium nec non fasciarum fibrosarum* autore Nicol. Pirogoff. Dorpati 1838, in-fol.

[6] *Allg. Wiener mediz. Zeitung*, 1857, p. 179.

profonde de sa capsule. Voir le petit triangle, l'hypoglosse, etc., et au-dessous, dilacérer les fibres musculaires avec le bec de la sonde.

Je croirai donc jusqu'à nouvel ordre que Pirogoff est l'auteur du procédé qui consiste à lier la linguale dans le *trigonum linguale.*

Pirogoff paraît avoir été aussi le premier à conseiller l'emploi de la sonde pour arriver à l'artère à travers le muscle hyoglosse. D'autres l'ont imité. Roser [1] dit, en effet, qu'il suffit d'écarter les faisceaux musculaires ; Hueter agissait ainsi [2], et M. Després [3], récemment, s'est loué d'avoir opéré de cette manière. Enfin, G. Fischer [4] recommande d'employer deux pinces pour séparer deux faisceaux de l'hyoglosse et mettre à nu le vaisseau.

Une remarque, en terminant : les nombreux mémoires publiés à l'étranger sur la ligature de l'artère linguale, nous montrent une tendance marquée à abandonner l'ancien procédé[5] pour le nouveau. On reproche à l'ancien d'être difficile, spécialement sur les sujets qui ont une grosse mâchoire, de nombreux ganglions, un cou gras, court et veineux. Demarquay [6], Roser et d'autres ont contesté cette difficulté, mais les échecs ou les reculs de Mirault, Amussat, Dieffenbach, Billroth, Thiersh, Lücke, Broca, témoignent tout autrement. Je crois qu'avec des connaissances anatomiques précises, et l'observation des règles opératoires relatives à la fixation des parties mobiles et à l'hémostase veineuse, l'ancien procédé n'est pas plus difficile que le nouveau. Je maintiens qu'il est plus sûr quand on veut ischémier la base de la langue, c'est-à-dire placer la ligature en amont de l'artère dorsale. M. Th. Anger [7] a lié les deux linguales à la fin de 1881 pour diminuer le volume d'une langue atteinte de cancroïde compliqué d'angiectasie. Il a lié dans le petit triangle, en aval de l'artère dorsale ; mais, pour obtenir l'affaissement, d'un côté, il a dû lier de nouveau le tronc artériel au-dessus de la grande corne, de l'autre côté il a pu découvrir et saisir dans la plaie unique, l'origine de la branche dorsale.

[1] *Arch. für physiol. Heilk.*, 1855, p. 584.

[2] LESSER., *loc cit.*

[3] *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1880.

[4] *Deutsche Chir.*, 34e liv., Krankeiten des Halses.

[5] Pourtant, Lang (*Wiener méd. Wochenschrift*, 1874), parlant pour Heine qui vient d'appliquer l'ancien procédé sans peine, trouve le petit triangle trop étroit pour permettre d'opérer commodément.

[6] *Arch. de méd.*, février 1878.

[7] LARRIEU, th. de Paris, 1882.

Lecture.

M. Reclus lit un travail intitulé : *Traitement des anévrysmes artério-veineux par la méthode sanglante.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Polaillon, Chauvel et Verneuil, rapporteur.

La séance est levée à 5 h. 15 m.

Le Secrétaire,

NICAISE.

Séance du 9 août 1882.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris ;

2° *Bulletin de l'Académie de médecine.* — *Bulletin de la Société de chirurgie.* — *Lyon médical.* — *Loire médicale.* — *Revue de chirurgie.* — *Revue de médecine.* — *Revue scientifique.* — *Gazette médicale de Strasbourg.*

3° *Gazette de santé militaire de Madrid.* — *Gazette médicale italienne-lombarde.* — *Le Practitioner.* — *British medical.*

4° *Mémoires de la Société de médecine de Nancy.*

5° *De la cure radicale de l'hydrocèle par l'incision*, par le Dr Labadie. — Deux exemplaires envoyés pour le prix Duval.

5° *De la multiplicité des cautérisations ponctuées dans le traitement des maladies des organes respiratoires*, par le Dr Vidal, d'Hyères.

A propos de la correspondance.

M. DESPRÈS. L'observation de M. Dumas intitulée : *Kyste ovarique uniloculaire guéri après quatre ponctions*, qui m'a été renvoyée dans la séance du 2 août pour que j'en fasse un rapport, a déjà été publiée, en 1856, dans la *Gazette médicale de Paris*, p. 697. — La Société ayant pour règle de n'accepter que des

communications inédites, il n'y a pas à rendre compte de l'observation de M. Dumas.

Rapports.

Sur une observation de tétanos traumatique aigu. Lésions du grand sympathique, par le Dr Moty, médecin-major à l'hôpital militaire de Guelma (Algérie),

par M. Chauvel.

Depuis le remarquable travail du Dr G. Richelot sur la nature et le traitement du tétanos (*Revue des sciences médicales,* t. X et XI, 1877-1878), les recherches anatomo-pathologiques n'ont fait que confirmer les conclusions négatives de notre distingué confrère. Aujourd'hui, comme il y a cinq ans, les lésions caractéristiques du tétanos sont à découvrir. Les cordons nerveux, la moelle, le bulbe rachidien, le cervelet et le cerveau, dans ces derniers temps le spinal et l'hypoglosse, ont été signalés comme le siège d'altérations morbides, mais ces lésions ne sont rien moins que constantes, elles n'ont absolument rien de spécifique.

Le grand sympathique, est-ce oubli? est-ce manque d'examen? était resté jusqu'ici en dehors des centres nerveux incriminés. L'observation que nous envoie le Dr Moty vient combler cette lacune. Voyons donc quelle importance nous devons attacher aux lésions anatomo-pathologiques relevées par notre collègue.

Un soldat se fait une piqûre profonde au milieu de la face interne du mollet gauche en chargeant de vieilles planches garnies de clous. Puni de prison, il reste exposé pendant quelques nuits à une température de +10° environ, sa plaie s'est enflammée, et au dixième jour se déclarent les premiers symptômes d'un tétanos aigu, méconnu tout d'abord, mais absolument confirmé au moment de l'entrée à l'hôpital, cinq jours après l'apparition du trismus. Inutile d'insister sur les phénomènes morbides; ils n'ont rien présenté de particulier. Constatons seulement que le malade, un instant soulagé par l'emploi à larges doses de la morphine, du chloral et par des inhalations chloroformiques combinées avec les sudorifiques, succombe au bout de 48 heures. Le traitement local de la plaie du mollet gauche, assez vivement enflammée, consiste en cataplasmes et en onctions avec une pommade mercurielle belladonnée. Une incision exploratrice ne fait découvrir aucun corps étranger.

Autopsie. — Rupture des droits de l'abdomen à leur partie inférieure, rupture des psoas, dégénérescence granulo-graisseuse des fibres musculaires; emphysème pulmonaire léger; absence d'ecchymoses pleurales; intégrité du cœur et des viscères abdominaux; tels sont les résultats de l'autopsie pratiquée 24 heures après la mort. Je laisse maintenant la parole à l'auteur.

« *Plaie primitive.* — La piqûre du clou se trouve sur un point du mollet gauche, appartenant à la sphère d'innervation du nerf saphène interne, qui ne présente aucune lésion. Dans toute la zone d'inflammation qui entoure la piqûre, les veines sont remplies de caillots durs, adhérents, de couleur brun foncé. Il y avait donc phlébite circonscrite au niveau de la blessure.

« *Encéphale et nerfs.* — La sérosité arachnoïdienne est rougeâtre et louche, les veines méningées sont gorgées de sang, la substance cérébrale est pâle et ferme. Les mêmes particularités s'observent dans toute l'étendue de la moelle. Pas de liquide dans les ventricules.

Le saphène interne du côté blessé, les nerfs cruraux et les sciatiques ne présentent aucune lésion appréciable. Des fragments symétriques de ces nerfs, mis dans une solution à 10° de sublimé dans l'alcool, et examinés cinq jours après, ne laissent reconnaître aucune dégénérescence, mais les fibres nerveuses ont perdu de leur netteté par suite de la durée de la macération.

« L'épithélium du canal central et des ventricules du cerveau n'a pu être reconnu ni examiné pour la même raison.

« Mais il existe une lésion nerveuse très apparente et tout à fait inattendue : le *sympathique* du côté droit offre un gonflement prononcé de son ganglion cervical supérieur qui est deux fois plus volumineux que celui du côté gauche. La couleur du ganglion est également plus rosée que celle de son congénère. En second lieu, à un travers de doigt au-dessous du ganglion, au voisinage du point où l'on rencontre le ganglion cervical moyen qui manque chez ce sujet, on observe, sur le tronc du sympathique droit, une ecchymose ovalaire à grand diamètre vertical. Le tronc du nerf est d'ailleurs épaissi et deux fois plus gros qu'à gauche. En examinant la pièce fraîche et après quatre jours de macération dans la solution alcoolique, on constate que l'ecchymose siège au-dessous du névrilème et qu'elle s'insinue entre les faisceaux des fibres nerveuses, au-dessus et au-dessous de ses limites apparentes. Je n'ai pas constaté d'altérations des fibres, mais l'état de la préparation et l'expérience insuffisante des altérations nerveuses, ne me permettent pas d'affirmer qu'il n'y en avait pas.

« Toutes les préparations ont été faites par dissociation et examinées avant et après addition d'une solution de nitrate d'argent.

Les fibres nerveuses des gros troncs et les petites cellules grises voisines du canal central étaient très reconnaissables (G. 500 D.). Le sympathique n'a pas été examiné au tronc.

« Cette observation, ajoute le Dr Moty, tout incomplète qu'elle soit, présente comme particularités intéressantes : 1° de s'être produite en hiver et dans des conditions qui mettent en évidence l'influence d'un froid humide ; 2° une lésion apparente du nerf sympathique qui n'avait pas encore été rencontrée.

« Il est admissible que l'irritation de ces nerfs, à laquelle on peut attribuer les crampes des cholériques et des femmes en couches, puisse aussi déterminer le tétanos par excès réflexe ; mais nous nous bornons à conclure, qu'il y a lieu d'examiner les nerfs sympathiques dans les autopsies des tétaniques, et à faire remarquer que la lésion observée se trouvait *croisée* avec le siège de la blessure primitive ; enfin, qu'en l'absence d'une asphyxie évidente, l'action du sympathique sur le cœur, pourrait avoir hâté le dénouement fatal. »

Bien que les conclusions de notre confrère soient loin d'être absolues, quant à la nature de l'altération du sympathique cervical et à son influence sur les phénomènes tétaniques, nous nous montrerons encore beaucoup plus réservé. Nous connaissons, par expérience, toutes les difficultés qu'éprouve le médecin, isolé dans un petit poste, pour pratiquer un examen microscopique qui nécessite des préparations minutieuses et une compétence spéciale. Mais, au moins, pouvons-nous nous demander pourquoi cette lésion sympathique ne s'est traduite, pendant la maladie, par aucun phénomène appréciable. L'observation est muette, absolument muette, à cet égard. D'un autre côté, la lésion anatomique elle-même paraît fort mal définie. L'augmentation de volume du ganglion cervical supérieur et de son tronc nerveux était-elle réelle ? Est-elle bien prouvée par le volume moindre du ganglion opposé ? Ne s'agissait-il pas d'une constitution normale chez ce sujet, et non d'un état pathologique ? L'ecchymose signalée sur le tronc nerveux, la coloration rosée, sont-elles d'une importance plus grande ? Ici, encore, je demande à rester dans le doute. En l'absence d'un examen histologique complet, qui nous démontre péremptoirement l'existence des lésions des tubes nerveux ou des cellules ganglionnaires, les caractères, les altérations microscopiques signalées par le Dr *Moty*, perdent toute valeur. Dans des questions aussi délicates, il faut des preuves indiscutables, et nous ne les avons pas ici. Que désormais l'attention, dans les autopsies de tétaniques, doive se porter davantage sur l'état du grand sympathique, j'y accède volontiers. Mais que l'observation de notre

confrère démontre la réalité des altérations de ce centre nerveux, je ne puis y souscrire.

Je propose donc à la Société, d'adresser des remerciements à M. le Dr *Moty* et de déposer son travail dans nos archives, la partie intéressante de son observation ayant trouvé place dans ce rapport.

Discussion.

M. Sée. Je m'associe aux réserves faites par M. le rapporteur, rien ne prouve l'existence des lésions du grand sympathique ; le volume plus considérable du ganglion cervical supérieur tient à l'absence du ganglion moyen, le supérieur, dans ces cas, étant plus gros. — Quant à l'ecchymose qui existait au-dessous du névrilème, ce n'est peut-être qu'une infiltration cadavérique.

M. Desprès. Quel a été le traitement appliqué, est-ce à la morphine que l'on a eu recours? Je crois que l'on doit prêter attention aux faits de guérison du tétanos par l'élongation du nerf, peut-être ce moyen est-il supérieur à la section du nerf, à l'amputation.

M. Chauvel. Le malade avait pris des doses élevées de morphine et de chloral. Quant à l'élongation, elle a donné quelques résultats; mais, dans certains cas, on a du faire l'élongation de plusieurs nerfs, dans l'incertitude où l'on était du nerf lésé; c'est ce qui eut lieu dans un cas de plaie du mollet.

M. Desprès. Je suis disposé à faire l'élongation du nerf principal.

M. Tillaux. Chez un malade atteint de tétanos aigu à la suite d'un coup de feu au pouce, j'ai fait au bras l'élongation des nerfs médian et radial.

Le malade avait été traité auparavant par des injections intraveineuses de chloral qui avaient donné un résultat immédiat complet, mais de courte durée; la mort est survenue malgré ces traitements.

Plusieurs fois l'on a fait avec succès l'élongation des nerfs du plexus brachial. J'ajouterai qu'il faut se souvenir qu'il y a des cas de tétanos qui guérissent spontanément.

M. Marchand. En face des insuccès nombreux de l'élongation, je fis, dans un cas de plaie de jambe suivi de tétanos, la section du nerf sciatique; il y eut de l'amélioration pendant deux jours, puis le malade mourut.

M. Verneuil. L'intérêt de l'observation du rapport de M. Chauvel

est dans la constatation anatomique de lésions du grand sympathique dans un tétanos déclaré à la suite d'une plaie de jambe; on aurait observé une hypertrophie du ganglion cervical supérieur. Ce fait aurait plus de valeur, si le malade avait éprouvé seulement des phénomènes laryngiens; mais il n'en résulte pas moins qu'à l'avenir on doit rechercher les lésions du grand sympathique.

A propos du traitement du tétanos, je rappellerai que le premier j'ai obtenu un cas de guérison par le chloral; les tentatives de traitement chirurgical n'ont donné jusqu'ici que des résultats incertains. Cette question a du reste été traitée complètement par M. Richelot, dans un article remarquable.

Le chloral, la morphine et l'immobilité sont les meilleurs agents du traitement du tétanos, ainsi que l'établissent les mémoires de Soubise et de Chopart; par ces moyens, il faut 25 jours pour guérir le tétanos. Je rejette les frictions et les différentes espèces de bains. Dans un cas, j'ai fait l'élongation du médian et du cubital pour une plaie des doigts; le malade a guéri, il prenait aussi du chloral.

En résumé le chloral doit être considéré comme l'agent principal du traitement; l'élongation n'intervient qu'à titre de moyen accessoire.

M. Désormeaux. Je rappellerai que j'ai fait autrefois, devant la Société, un rapport sur le traitement du tétanos par l'opium à haute dose; on administre de 60 centigrammes à 1 gr,20 d'extrait thébaïque en 24 heures. J'ai obtenu, par ce moyen, d'assez nombreux succès et pendant la guerre, sur 6 cas de tétanos, j'ai eu 6 guérisons en donnant 1 gramme d'extrait thébaïque par jour. Malgré cette grande quantité d'opium, le malade reste éveillé; quand il s'engourdit, c'est un signe que le tétanos diminue et cède; il faut alors abaisser la dose du médicament. L'opium est donc un bon moyen de traitement.

M. Le Dentu. Le meilleur mode de traitement du tétanos consiste dans l'emploi du chloral et de l'opium. Toutefois, dans deux cas récents, j'ai eu deux insuccès; dans l'un il s'agissait d'un tétanos survenu chez un jeune homme à la suite d'une plaie de la main, j'administrai le chloral à haute dose; dans l'autre, plus récent, un jeune homme reçut dans la cuisse, le 14 juillet, la charge d'un pistolet, puis fut pris de tétanos; la mort survint en deux jours, malgré cinq lavements de chloral de 3 grammes chacun pour 24 heures et des injections sous-cutanées de pilocarpine, qui amenèrent de la salivation et de la transpiration.

D'après ces faits, le chloral ne réussit donc pas toujours.

M. Desprès. Le travail qui motiva le rapport de M. Désormeaux était d'un chirurgien anglais du nom de Chalmers; mais le procédé d'administration de l'opium à haute dose appartient à Monro qui donnait jusqu'à 7 grammes.

M. Désormeaux. Le procédé que j'emploie a été en effet emprunté à des médecins anglais.

M. Forget. La Société a déjà discuté l'emploi du chloral dans le tétanos, il avait été dit qu'il donnait quelque succès, mais plus d'insuccès. M. Verneuil nous présente ce médicament comme ayant une très grande valeur, son approbation est d'un grand poids, car jusqu'ici l'on pensait que le chloral manquait souvent. M. Verneuil pourrait-il préciser davantage.

M. Verneuil. Dans l'état actuel de la science, le traitement par le chloral administré d'une certaine façon est la méthode qui, dans le tétanos traumatique donne le plus de succès, il guérit dans environ un tiers des cas.

On a associé au chloral la morphine, qui est plus incertaine, puis on a pratiqué l'élongation, la section du nerf, l'amputation rapide, quand il s'agissait du doigt, et l'immobilisation.

Il faut craindre l'usage des bains, des frictions; tout ceci est écrit dans le travail de M. Richelot.

La trachéotomie peut sauver quelquefois la vie quand il y a des spasmes laryngiens.

Comme on le remarque, les indications peuvent être multiples; mais le chloral reste l'agent principal du traitement.

Les conclusions du rapport sont mises aux voies et adoptées.

De l'amputation des doigts surnuméraires,

par M. Chrétien.

Rapport par M. Verneuil.

La note de M. Chrétien est intéressante au point de vue de la physiologie pathologique. Il fut appelé auprès d'un enfant de 10 ans qui avait une affection du pied, et portait à la main un pouce surnuméraire, conique, pointu, recouvert d'une peau amincie et légèrement mobile dans son articulation.

La mère rapporte qu'à 6 mois son enfant avait déjà son pouce surnuméraire et que celui-ci a été amputé à ce moment, elle dit

qu'après la cicatrisation il s'est formé une plaque dure sous la peau et peu à peu, l'appendice que l'on voit aujourd'hui, et qui a 2 centimètres.

Velpeau avait déjà noté un fait semblable et Le Dentu en rapporte un second qui appartient à Annandale.

Comment interpréter ces faits? L'explication donnée par M. Chrétien paraît très rationnelle, elle repose sur les lois de l'ossification. Les phalanges se développent par deux points d'ossification; si on ampute le doigt surnuméraire de bonne heure et si on laisse le cartilage de conjugaison, il se produira un os nouveau. J'ai désigné sous le nom de *conicité physiologique des moignons* chez les enfants, la conicité due au développement de l'os par conservation du cartilage de conjugaison, dans les amputations sur l'humérus et le tibia.

Doit-on, dans ces conditions, modifier le manuel opératoire? Deux cas peuvent se présenter : ou bien le doigt surnuméraire naît dans la continuité du métacarpien, ou bien il s'unit avec lui au moyen d'une articulation. Dans le premier cas, dit M. Chrétien, on doit raser l'os à son insertion, dans le second ; Sédillot a conseillé d'amputer dans la continuité de la phalange pour ne pas ouvrir l'articulation dont ce traumatisme aurait pu amener la suppuration ; il faudrait opérer très près de l'articulation, sans l'ouvrir et en intéressant le cartilage épiphysaire.

Je dirai que j'ai opéré un pouce surnuméraire articulé; j'ai fait la désarticulation; j'ai employé l'irrigation continue, le malade a guéri, sans arthrite voisine. Aujourd'hui, l'on serait bien plus à l'abri de l'arthrite avec les pansements actuels, en particulier avec le pansement ouaté de M. A. Guérin, qui donne d'excellents résultats, surtout chez les jeunes enfants.

Comme conclusion de mon rapport, je propose d'adresser des remerciements à l'auteur, et d'insérer son travail dans nos bulletins.

Note sur l'amputation des doigts surnuméraires,

par M. Chrétien.

Quand on pratique l'amputation d'un doigt surnuméraire, il est de règle, s'il s'implante sur le corps d'un métacarpien, de l'amputer dans la contiguïté. Si, au contraire, son articulation métacarpo-phalangienne communique avec celle du doigt voisin, on recommande généralement de suivre le conseil de Sédillot. Ce chirurgien veut qu'on ampute le doigt surnuméraire dans la conti-

nuité, près de son articulation métacarpo-phalangienne. On respecte ainsi la synoviale de celle-ci, et l'on se met à l'abri des deux accidents signalés par Sédillot, à savoir : des phénomènes inflammatoires du côté de l'articulation ouverte, et une tendance au renversement en dehors du doigt conservé.

Le Fort, dans la dernière édition de la médecine opératoire de Malgaigne, fait remarquer que cette idée n'a pas encore été mise à exécution. Il semble donc difficile de se rendre un compte exact des résultats auxquels elle peut conduire.

Cependant, quand on envisage le mode de développement des phalanges, il est facile de comprendre que la conservation de l'extrémité supérieure de l'une d'elles peut conduire directement à la reproduction partielle de cette phalange, quand l'opération a été faite sur un sujet jeune. C'est ainsi qu'on peut s'expliquer que certains pouces surnuméraires enlevés imparfaitement aient réapparu d'abord, continué à s'allonger ensuite dans les années qui ont suivi leur ablation, et cela au point de nécessiter une nouvelle opération.

L'anatomie nous apprend, en effet, que les phalanges des doigts se développent par deux points d'ossification : l'un produit le corps et l'extrémité inférieure de l'os ; l'autre, l'extrémité supérieure. Ce dernier ne se développe que vers l'âge de six ans, puis reste séparé jusque vers l'âge de seize à dix-sept ans de la partie principale de l'os par un cartilage de conjugaison, cartilage aux dépens duquel l'os s'accroît en longueur, en même temps que l'épiphyse supérieure et unique s'accroît elle-même en longueur comme en épaisseur. Si donc, dans l'amputation d'un doigt surnuméraire chez un enfant, on conserve, adhérente au métacarpien, une certaine longueur de son extrémité supérieure, il est à craindre que cette extrémité cartilagineuse, représentant l'épiphyse et une partie au moins du cartilage de conjugaison, ne continue à subir son développement normal, son évolution régulière, et ne suffise à reconstituer une certaine longueur de la première phalange du doigt qu'on a retranché. Or, l'appendice formé par une phalange ainsi partiellement reconstituée est à la fois disgracieux et gênant.

Ces données ne sont pas purement spéculatives, et voici un premier fait que je puis citer à l'appui de ce que j'avance.

Appelé à voir en consultation, il y a quelques mois, le nommé G..., âgé de dix ans, pour une arthrite du pied limitée alors à l'articulation sous-astragalienne postérieure, j'appris, en interrogeant cet enfant sur ses antécédents, qu'il avait subi à l'âge de six mois l'amputation d'un pouce surnuméraire de la main droite. Regardant cette main, je fus frappé par la présence, vers la partie moyenne du bord radial du métacarpien du pouce, d'une sorte de

moignon assez saillant et de forme conique. Cette saillie, indolore d'ailleurs, est mobile sur le premier métacarpien, mais ne possède pas de mouvements spontanés. Il est facile de reconnaître que son centre est occupé dans toute sa longueur par un os dont la forme, vers sa base, rappelle celle d'une phalange ; il va en diminuant de volume jusqu'à son extrémité libre. Sa longueur totale est de près de 2 centimètres. Questionnant la mère de cet enfant, j'appris que peu de temps après l'opération, sitôt la plaie cicatrisée, elle avait senti sous la cicatrice un corps dur, peu volumineux et légèrement mobile, *mais ne soulevant même pas les téguments.* Ce corps ne pouvait être que l'extrémité supérieure de la première phalange du pouce amputé; elle aura été conservée par mégarde, et cela d'autant plus facilement que cette extrémité supérieure et cartilagineuse d'une phalange se coupe avec la plus grande facilité au bistouri. Lisfranc reconnaît même que sa section ne demande pas plus d'effort que celle des parties molles.

L'attention de la mère ayant été éveillée par l'existence de ce corps, qu'elle avait senti au-dessous de la cicatrice, elle l'a surveillé et a remarqué qu'il n'a cessé de s'accroître, a ensuite soulevé les téguments et s'en est coiffé, simulant ainsi la reproduction d'un doigt nouveau. Son allongement est continu et régulier.

Je ne connais pas de faits dans lesquels on ait pu se trouver ainsi mis exactement au courant des phases successives de la reproduction d'un doigt surnuméraire enlevé. Le cas que je viens de relater ne me semble cependant pas unique, et il est plus que probable que l'extrémité supérieure de la première phalange du pouce surnuméraire aura été conservée accidentellement dans les faits dont parlent Velpeau et Annandale.

Velpeau (*Nouv. Élém. de méd. opérat.*, t. II, p. 335) dit : « Je ne sais que penser d'un pouce double amputé dans l'article (?) chez un enfant de 3 ans, par Ch. White, et qui se reproduisit au point d'obliger Bromfield à l'amputer de nouveau, ce qui n'empêcha point une reproduction nouvelle ! »

Le Dentu, dans son article *Main* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, signale Annandale comme ayant indiqué deux cas de reproduction de pouces surnuméraires enlevés : l'un d'eux est celui de White, déjà rapporté par Velpeau.

Pour moi, j'admets volontiers que les choses se sont passées dans les faits que je viens de rappeler de la même manière que dans celui qui fait l'objet de cette note. Je ne vois pas, d'ailleurs, d'interprétation plus plausible à donner à cette reproduction apparente et partielle d'un doigt surnuméraire.

Vu la difformité qui en résulte, je crois qu'il est utile de for-

muler les deux conseils suivants, relativement à l'amputation des doigts surnuméraires :

1° En pratiquant, chez l'enfant, l'ablation d'un doigt surnuméraire dont l'articulation métacarpo-phalangienne ne communique pas avec celle du doigt voisin, on aura soin de l'amputer dans la contiguité, par conséquent d'éviter de conserver son extrémité supérieure. On se souviendra que, dans le jeune âge, cette extrémité est cartilagineuse, très facile à sectionner, et pourrait être, par mégarde, séparée du reste de la phalange, puis laissée adhérente au fond de la plaie.

2° En pratiquant l'ablation d'un doigt surnuméraire dont l'articulation métacarpo-phalangienne communique avec celle du doigt voisin, on aura soin, si l'on veut, comme Sédillot, éviter l'ouverture de la synoviale commune, ainsi que le renversement en dehors du doigt conservé, de ne garder qu'une mince épaisseur de l'extrémité supérieure de la première phalange de ce doigt. On renoncera à couper obliquement, de haut en bas, la première phalange, ainsi que le conseille ce chirurgien, car, en agissant ainsi, on conserverait une trop grande partie de l'extrémité supérieure de la première phalange, et on s'exposerait aux inconvénients que cette note a pour but de signaler.

Discussion.

M. Le Dentu. L'explication que donne M. Chrétien de la reproduction de l'os paraît rationnelle ; quant à l'opération, je conseille, comme M. Verneuil, la désarticulation ; je l'ai pratiquée deux fois chez le même malade, qui avait à chaque pied un doigt surnuméraire, implanté sur le cinquième métatarsien ; j'employai le pansement ouaté ; il y eut une légère inflammation d'un côté. Avec les méthodes actuelles, on n'a pas d'accidents à redouter, aussi faut-il préférer une opération radicale.

M. Desprès. Pour moi j'attendrais, avant d'intervenir, la fin du développement de l'enfant et je ferais alors l'opération de Sédillot. Quant au pansement, j'emploierais, comme pour toutes les plaies des doigts, le pansement par occlusion au diachylon, de Chassaignac : il m'a réussi deux fois dans deux ablations de pouce surnuméraire.

M. Lucas-Championnière. Il est nécessaire d'amputer dans l'articulation ; j'ai fait plusieurs fois cette opération ; dans l'ablation de deux petits doigts, à Cochin, j'ai obtenu la guérison par un pansement à l'acide borique, qui ne présente pas, chez les enfants, le danger de l'acide phénique.

Il y a avantage à pratiquer cette opération, quand les enfants sont encore très jeunes; mais il faut éviter l'hémorragie, qui est dangereuse.

M. Farabeuf. J'ai eu l'occasion de disséquer, à l'École pratique, un pouce sur lequel on avait pratiqué l'opération dont il est question. Le sujet était une femme de 25 à 30 ans; il restait, sur le côté externe du métacarpien, un tubercule osseux, recouvert d'une cicatrice; il s'agissait là d'un pouce surnuméraire incomplètement enlevé; le pouce qui restait de ce côté avait le même volume que celui du côté sain. Ce fait montre que ce développement du fragment laissé n'est pas toujours considérable.

Je vis un autre cas de pouce surnuméraire, chez une petite fille, qui présentait une multitude de difformités. Au lieu de désarticuler, ce qui laisse quelquefois une saillie irrégulière, je fis une section oblique qui portait à la fois sur la phalange et le métacarpien et ouvrait l'articulation; toutes les parties étaient cartilagineuses. L'enfant guérit, et il n'y eut pas de développement osseux anormal dans la suite.

M. Polaillon. J'ai vu un assez grand nombre de doigts surnuméraires, dans les services d'accouchements: généralement ils siègent sur le bord cubital, souvent sur le bord radial; tantôt ils sont constitués par un tubercule avec un pédicule, quelquefois il y a un ongle sur ce tubercule; dans d'autres cas, le métacarpien est bifide; le doigt peut être fixe ou articulé. Quant au traitement, s'il y a un pédicule, amputer à son niveau, en craignant l'hémorragie. On l'évite en plaçant un fil et en coupant au-dessous; si le pédicule est plus volumineux, on emploie l'anse galvanique.

Si le doigt est articulé, on fera la désarticulation et on appliquera le pansement ouaté, que je préfère au pansement au diachylon. Il n'y a pas d'inconvénient à faire cette opération, à une époque rapprochée de la naissance.

Chez un garçon de 12 ans j'enlevai un pouce surnuméraire articulé, la réunion fut rapide; dans un cas où le cinquième métacarpien était bifide, j'opérai dans la continuité, en coupant avec la pince de Liston.

Si, après l'ablation du doigt surnuméraire, il reste une seconde tête, il faut la réséquer.

Je répéterai que, dans tous ces cas, le pansement ouaté est très utile.

M. Le Dentu. J'ai plus de confiance aussi dans le pansement ouaté, dans le pansement antiseptique; mais, comme M. Lucas-Championnière, je crois qu'il faut exclure l'acide phénique chez es jeunes enfants.

Il y a deux ou trois mois, j'opérai un kyste du cou chez un enfant; je fis une incision et mis deux tubes à drainage, puis je fis un pansement à l'acide borique : cependant les urines devinrent noires, et cela, comme me l'a fait remarquer M. Lucas-Championnière, parce que les tubes avaient séjourné dans de l'eau phéniquée.

M. Lucas-Championnière. Les enfants sont, je le répète, très sensibles à l'acide phénique ; l'emploi de l'huile phéniquée suffit pour amener chez eux des accidents ; aussi je n'emploie jamais l'acide phénique chez les plus jeunes enfants, et, avant de placer les tubes à drainage, je les lave dans l'acide borique.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Lectures.

M. Richelot lit un travail intitulé : *Observation d'abcès tuberculeux sous-ombilical.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Terrier, Desprès et Chauvel, rapporteur.

La séance est levée à 5 h. 15 m.

Le Secrétaire,
Nicaise.

Séance du 4 octobre 1882.

Présidence de M. Labbé.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux français et étrangers publiés depuis deux mois;

2° *Études sur le cancer*, par le Dr Bougard (de Bruxelles);

3° *Traité de la dysenterie*, par le Dr Bérenger-Féraud, membre correspondant;

4° Mémoires couronnés par l'Académie royale de médecine de Belgique;

5° *Rapport des opérations* de 1879-1880, envoyé par la commission géologique et d'histoire naturelle du Canada;

6° *Bulletins de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux;*

7° M. le Dr Grilli (de Livourne) adresse deux brochures intitulées :

a) *Quelques opérations chirurgicales;*

b) *De la méthode antiseptique par le thermocautère;*

8° Deux exemplaires de la thèse de M. Bailly (de Lyon), pour le prix Duval : *Du traitement et de la curabilité du pied bot invétéré;*

9° M. le Dr Terrier fait hommage à la Société du premier fascicule du tome troisième de son *Manuel de pathologie chirurgicale;*

10° M. le professeur Verneuil fait hommage à la Société du tome troisième de ses mémoires de chirurgie : *États constitutionnels et traumatisme.*

A propos du procès-verbal.

Traitement du tétanos traumatique.

M. Berger. A l'occasion de la discussion qu'a soulevée dans la dernière séance, le rapport de M. Chauvel, sur les diverses méthodes de traitement mises actuellement en usage contre le tétanos traumatique, je rapporterai brièvement un cas où l'amputation du membre blessé, chez un tétanique, a amené la guérison de cette complication.

Il y a trois ans, je fus appelé à soigner un jardinier qui avait reçu la veille un coup de feu à la paume de la main; le bord cubital de celle-ci était littéralement emporté, la partie moyenne présentait de grands délabrements, les os du carpe étaient mis à nus, les articulations médio-carpiennes et radio-carpienne ouvertes. Je tentai néanmoins la conservation, provisoire au moins, du membre, que j'enfermai dans un appareil ouaté de Guérin, après un nettoyage fait avec soin au moyen des solutions antiseptiques. Les premiers jours se passèrent bien : vers le quatrième seulement, le blessé commença à ressentir des secousses douloureuses dans le membre; celles-ci devinrent de plus en plus fréquentes; les contractions involontaires s'étendirent de l'avant-bras au bras, puis à l'épaule. Enfin, le septième jour, au matin, je fus averti que, depuis la veille, le malade était en puissance de tétanos.

A mon arrivée, je le trouvai déjà épuisé, anxieux; la tête renversée en arrière, le tronc rigide, quoique les jambes fussent libres; il existait

un tétanos complet et un peu de rire sardonique. A chaque instant, toutes les dix ou quinze minutes, une secousse qui faisait pousser au malade des cris de douleur, se produisait dans le membre blessé; on voyait alors l'opisthotonos se prononcer, le membre supérieur sain se contracter dans l'extension, la respiration costale suspendue; et à ce moment, le pouls, déjà faible, présentait des intermittences qui indiquaient une atteinte grave de la circulation.

Avant de prendre un parti, je voulus savoir ce qu'était devenue la lésion traumatique. L'appareil ouaté enlevé, je constatai que la plaie était déjà granuleuse et de bon aspect; mais soudain un spasme s'empara du membre malade et se généralisa comme les précédents à tous les muscles du tronc et du cou. Au même instant, la main qui n'était plus soutenue par le pansement, se luxa sur l'avant-bras et les os de la rangée interne du carpe sortirent au travers des bourgeons charnus qui les recouvraient. Jugeant que pour conserver un membre aussi compromis, il ne fallait pas priver le blessé des chances de guérison que pouvait lui donner l'amputation, j'endormis le malade et séance tenante, je lui désarticulai le coude. Je réséquai ensuite plus de 6 centimètres des nerfs médian, cubital et radial (l'examen qui fut fait des tissus nerveux réséqués montra qu'ils étaient absolument exempts de névrite). Le malade fut ensuite soumis à la médication chloralée sous la direction de M. le Dr Vozy (de Choisy-le-Roi) qui en surveilla l'application et qui fit prendre jusqu'à 12 et 14 grammes de chloral par jour, soit en potions, soit en lavements. Voici quelles furent les suites de ce traitement.

La plaie d'amputation guérit complètement en quatre semaines environ. A partir de l'opération, les secousses douloureuses et les spasmes discontinus disparurent. L'opisthotonos persista quoiqu'en s'affaiblissant graduellement, et au bout de trois semaines, les mouvements du cou n'étaient pas encore complètement libres; le trismus fut encore plus long à disparaître entièrement; enfin, plus de dix mois après, le pouls présentait encore une rigidité prononcée et il était impossible d'écarter le moignon de la paroi thoracique et de l'amener à la situation horizontale.

Je signale en passant ce fait de tétanos qui ne paraissait être que l'extension d'un spasme traumatique parti de la région blessée. La succession des phénomènes est ici manifeste; les secousses douloureuses du membre blessé précédèrent de plusieurs jours l'invasion du spasme tonique caractéristique; de même la rigidité musculaire du moignon disparut la dernière. Cette observation est donc un exemple de tétanos discontinu d'emblée, c'est-à-dire présentant de ces exacerbations que l'on désigne à tort sous le nom de *spasmes cloniques*, consécutif à des spasmes traumatiques, tétanos s'accompagnant de perturbation de la respiration et de l'action cardiaque dès le jour de son apparition, tétanos compliquant une lésion traumatique grave; or, on sait que le tétanos qui

présente ces caractères doit être considéré comme un tétanos très sérieux et presque sûrement fatal. Ce tétanos aigu, affectant la forme discontinue, ou plutôt continue avec exacerbations, fut transformé par l'amputation qui supprima les spasmes douloureux du membre blessé, origines des crises, en un tétanos chronique continu, qui put guérir par le traitement au chloral. Je n'ai pas de doute que cette médication, employée seule, ne fût restée inefficace ; j'en ai vu un triste exemple dans un cas analogue :

Il s'agissait d'un commerçant qui avait une fracture compliquée de la jambe avec ouverture de l'articulation tibio-tarsienne, et que j'avais immobilisé dans un appareil de Scultet ouaté. Tout semblait marcher à souhait, quand, le douzième jour, le malade se plaignit de dysphagie ; le lendemain, il avait du trismus et de l'opisthotonos. J'instituai aussitôt le traitement au chloral, qui diminua la raideur, permit au malade de desserrer un peu les mâchoires, et rendit la respiration d'abord plus libre : mais, au bout de quelques jours, la langue se sécha, l'appétit du blessé, toujours endormi, se supprima, le décubitus dorsal prolongé amena de l'hypostase et de la congestion pulmonaire. J'essayai de diminuer la dose de chloral (10 à 14 grammes) qui était journellement administrée ; aussitôt le tétanos reparut dans toute son intensité, s'accompagnant même de crises effrayantes. Il fallut donc continuer la dose, évidemment toxique, du médicament, de peur de voir le malade succomber brusquement ; il finit par mourir d'épuisement, d'inanition, d'asphyxie par congestion pulmonaire le seizième jour de l'invasion du tétanos qui, sous l'influence du chloral, était passé à l'état latent sans cesser de tenir le malade sous sa puissance.

L'amputation, dans l'observation que j'ai rapportée, me paraît donc avoir agi surtout en supprimant le point de départ des exacerbations spasmodiques au milieu desquelles le tétanos amène la mort le plus souvent, et en permettant à la médication chloralique de faire son effet. Est-ce à dire que je veuille la préconiser comme le moyen à adopter toutes les fois qu'un tétanos grave se déclarera à la suite d'une lésion traumatique des extrémités ? Telle n'est pas ma pensée ; mais je crois que l'on fera bien en pareil cas de peser les chances que l'on a de conserver un membre utile, et de ne pas hésiter si celui-ci se trouvait déjà fort compromis, à le sacrifier pour simplifier la lésion traumatique, supprimer le point d'où est partie l'excitation première dont la répétition a produit le tétanos, et favoriser l'action des moyens médicaux dont l'incontestable efficacité ne s'applique malheureusement qu'à de trop rares exemples.

M. Anger. J'ai fait aujourd'hui l'autopsie d'un malade mort de tétanos dans mon service. Il s'agissait d'un enfant de 16 ans, entré

à l'hôpital, il y a 15 jours, pour une plaie du petit doigt. La lésion marchait régulièrement vers la cicatrisation, quand le malade subit un courant d'air pendant qu'il était au cabinet ; il ressentit immédiatement une courbature dans les reins, et eut bientôt de l'opisthotonos et un peu de pleurosthotonos, le trismus survint seulement le quatrième jour, fait qui n'est pas ordinaire et que je fais remarquer.

J'ai employé le chloral en lavements et les injections sous-cutanées d'ésérine ; sous l'influence de ces médicaments, les spasmes diminuaient et les muscles étaient en résolution pendant une ou deux heures, puis l'opisthotonos reprenait, mais jamais la résolution n'a été assez complète pour permettre d'asseoir le malade dans son lit.

A l'autopsie j'ai trouvé des ecchymoses sous-peurales et sous-péricardiques, comme chez ces malades qui meurent par asphyxie ; l'examen de la moelle n'a pas encore été fait.

L'année dernière j'ai eu cinq cas de tétanos terminés par la mort dans mon service et je crois en avoir trouvé la cause dans la disposition des cabinets qui expose le malade à un courant d'air ; le vent d'ouest surtout paraît dangereux.

M. Desprès. La mort du malade de M. Anger permettra de rechercher si le grand sympathique est lésé, ce qui est peu probable.

Pendant mon séjour à l'hôpital Cochin j'ai eu seulement cinq cas de tétanos : quatre se sont terminés par la mort, un a guéri. Il est à remarquer que les plaies du petit doigt et du pouce donnent autant de tétanos que les autres plaies ensemble ; deux fois j'ai vu le tétanos à la suite de brûlures du dos de la main.

Il est vrai que le froid et le vent d'ouest exposent particulièrement à cette complication, comme l'a établi Larrey ; c'est le même chirurgien qui a proposé l'amputation, pour combattre le tétanos.

Pendant la guerre, j'ai vu à Sedan sept cas de tétanos à la suite de blessures des grandes articulations, à une époque où la température n'était pas froide ; tous furent mortels. A l'armée de la Loire, je vis un seul cas de tétanos ; alors, il faisait un froid très vif, qui est moins à craindre que le froid humide.

La cause ordinaire du tétanos étant le refroidissement, les changements brusques de température, on peut le prévenir en tenant le malade dans une chambre chaude, en le couvrant convenablement.

M. Lucas-Championnière. Le refroidissement expose au tétanos : si on l'observe souvent après le froid humide, on le voit aussi après le froid avec gelée ; étant dans le Nord en même temps que M. Des-

près, je n'ai pas vu de tétanos, tandis qu'à Orléans, avec un froid très vif, j'en ai eu trois cas sur 180 blessés.

Un malade est mort dernièrement dans mon service d'un tétanos à marche rapide, après des fractures des deux cuisses ; chez lui, je n'ai pu trouver une cause de refroidissement.

M. Terrier. On vient de répéter des choses bien classiques, l'influence du froid humide, des changements de température.

M. Desprès en a tiré avec justesse comme conclusion qu'il fallait maintenir le malade dans une température constante ; malgré cela, on ne réussit pas toujours à prévenir la complication.

Je viens d'en avoir la preuve chez un étudiant en médecine, qui avait une fracture compliquée de jambe : une température constante fut maintenue dans sa chambre ; néanmoins, le 14 juin, il fut pris de tétanos et mourut dix jours après.

M. le Président annonce que le Bureau a déclaré la vacance d'une place de membre titulaire. Il rappelle aux candidats que les demandes d'inscription doivent être renouvelées.

Rapports

Sur une observation du Dr Moulinier, intitulée : *Fibrolipome de la paume de la main (éminence hypothénar) opéré avec application de la bande d'Esmarch,*

par M. Desprès.

L. F..., ouvrier papetier, au Castillon (Dordogne), âgé de 52 ans.

Tumeur grosse comme une mandarine, occupant la paume de la main droite, au niveau de l'éminence hypothénar, immédiatement au-dessous de l'os pisiforme, et remplissant toute la région, qu'elle déborde en dehors.

En saisissant cette tumeur à pleine main et en opérant une légère compression, on sent des battements énergiques ; la tumeur et la main qui la comprime sont manifestement soulevées à chaque impulsion cardiaque. La base est large, non pédiculée ; la tumeur, lobulée, est mollasse, mais sans fluctuation ; elle craque légèrement quand on cherche à l'écraser ; sa surface, bosselée, est parsemée de veines serpentines, flexueuses, gorgées de sang et très développées.

D'après tous les signes qui précèdent, je diagnostiquai un lipome enflammé.

Le malade fait remonter à deux ans l'origine de sa « grosseur » ; lorsqu'il s'en aperçut pour la première fois, elle était alors parfaitement indolente et très petite. Ces temps derniers, elle était devenue très douloureuse et gênait extrêmement le malade ; la peau n'était pas mobile sur la tumeur, ce qui est le cas le plus ordinaire ; à l'opération,

une couche celluleuse (capsule) difficile à isoler entourait le lipome et nécessita l'usage du bistouri, le décollement avec le doigt étant impossible. La tumeur augmentait rapidement.

La cause est ici, assurément, tout extérieure ; c'est une violence, une attrition continuelle, déterminée en ce point par la pression du couteau à papier que cet homme manie depuis de longues années. En effet, le sujet n'est pas obèse ; pas de lipomes, symétriques ou non, sur d'autres parties du corps.

Opération le 3 janvier ; pulvérisation d'éther ; application de la bande d'Esmarch ; dissection à sec de l'artère cubitale et des filets nerveux. La tumeur, qui reposait sur l'artère, enlevée en totalité, apparaît au-dessous de la première et un peu en dehors, vers le bord cubital de la main, une seconde tumeur, de la grosseur d'un pois, parfaitement indépendante, et qui a malheureusement été perdue.

L'application de la bande d'Esmarch a permis d'éviter une récidive fatale, car, gêné par le sang, j'eusse infailliblement laissé la seconde tumeur passer inaperçue.

En trente jours la perte de substance a été réparée, la cavité comblée, la cicatrisation parfaite et l'opéré se sert actuellement de sa main droite comme par le passé.

Cette observation affirme encore une fois les propositions suivantes admises déjà :

I. — Les lipomes de la paume de la main ont une origine profonde, sous-aponévrotique et souvent intermusculaire, le panicule adipeux sous-cutané n'existant pas dans cette région, et ce n'est que plus tard qu'ils deviennent sous-cutanés.

II. — Les lipomes peuvent exister fort longtemps en un point sans douleur et sans augmentation de volume et, une fois enflammés sous une action irritante quelconque et surtout prolongée, augmentent très rapidement.

III. — L'application de la bande d'Esmarch permet non seulement d'éviter des lésions artérielles importantes et de reconnaître l'origine profonde des tumeurs, mais encore et surtout de ne rien laisser de la tumeur et d'éviter des récidives fatales.

L'examen microscopique de la tumeur enlevée par le Dr Moulinier montre qu'il s'agit bien d'un fibrolipome développé dans le lieu où l'on a observé les lipomes de la main connus jusqu'ici, et qui sont au nombre de six et j'en ajouterai un septième.

Ce qui distingue ce lipome, c'est qu'il renferme plus de tissu fibreux que les lipomes enlevés antérieurement et qu'il a été opéré à un moment où il y avait un peu d'inflammation.

Le diagnostic a été fait et cela tient sans doute à la connaissance des faits antérieurs publiés à la Société de chirurgie par M. Boinet en 1866 et en 1869 par M. Trélat où le diagnostic a été diffi-

cile, le lipome avait été pris pour un kyste à grains hordéiformes; dans un cas emprunté à M. Gosselin et rapporté par M. Tillaux en 1869 à propos du fait présenté par M. Trélat, l'erreur de diagnostic a été la même. Depuis, vous le voyez, le diagnostic a été fait par M. Notta et par M. Moulinier éclairés par les méprises de leurs prédécesseurs.

J'ai observé une fois un de ces lipomes de la main chez une jeune fille de Dreux âgée de 19 ans qui m'était envoyée par le Dr Bardet, la tumeur était fluctuante et crépitait, c'était exactement ce que nous avions observé sur la malade de M. Boinet. Je n'ai pas hésité à diagnostiquer un lipome. Sa tumeur enlevée, le diagnostic a été vérifié, c'était en 1876 que j'ai vu cette malade.

Avec les 7 faits que possède la Société de chirurgie, il est possible de déterminer les éléments du diagnostic. Lorsque la tumeur est bien limitée à la main, il est impossible de diagnostiquer un kyste synovial à grains hordéiformes ; si la tumeur passe sous le ligament du carpe, il y a plus de motifs pour se tromper, mais il faut alors prendre en considération la durée et l'indolence du mal qui est le propre du lipome. Celui-ci ne présente jamais de douleurs spontanées, la pression seule est parfois pénible ; dans les kystes à grains hordéiformes, il y a des douleurs spontanées. Enfin, dans les cas de lipome de la paume de la main, il y a une intégrité remarquable de tous les mouvements des doigts qui n'existe pas au même degré chez les malades atteints de kyste synovial.

Je n'ai pas besoin de rappeler que tous ces lipomes offrent plus ou moins une crépitation due, comme l'a établi il y a bien longtemps Morel Lavallée, à la collision des grains graisseux les uns contre les autres. De toutes les observations publiées, celle de M. Moulinier est l'une de celles où la crépitation est le moins accusé et cela se conçoit, car il y avait moins de grains graisseux que de tissus fibreux.

Dans cette observation comme dans les autres, l'ablation a été suivie de succès.

Votre rapporteur vous propose :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur;

2° De publier son observation dans nos bulletins.

Discussion.

M. Th. Anger. Je demanderai à M. Desprès si ce lipome était enkysté. Cette année, j'ai observé un lipome de la nuque, que j'avais pris pour une loupe; il s'était développé dans la couche profonde du derme et se continuait avec le tissu fibreux de la ré-

gion ; c'était une sorte d'hypertrophie du tissu cellulo-graisseux sous-cutané. La tumeur n'était pas enkystée, mais cependant elle était bien limitée.

M. Després. En donnant au mot enkysté le sens qu'y attache M. Anger, celui de M. Moulinier était enkysté, comme les lipomes ordinaires ; celui de M. Anger est une exception.

Les lipomes de la main peuvent s'engager sous le ligament annulaire antérieur du carpe et sont pris pour des kystes à grains hordéiformes. — Leur opération se fait sans complication.

M. Pozzi. On observe à la paume de la main une autre variété de lipome que celle dont il vient d'être question. C'est un angio-lipome qui se développe sous la peau au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes; j'ai eu l'occasion d'en opérer un.

Le microscope seul permet de découvrir les vaisseaux, quelquefois on trouve dans ces tumeurs des concrétions calcaires. On en a signalé aussi à la plante du pied et M. Péan en parle dans son dernier volume. Il y a donc en ces régions deux sortes de lipome, le lipome profond sous-aponévrotique et le lipome superficiel adhérent à la peau.

Les conclusions du rapport sont mises aux voies et adoptées.

De la ligature élastique dans la cure des fistules à l'anus,

par le Dr Queirel (de Marseille).

Rapport par M. Lucas-Championnière.

M. le Dr Queirel de Marseille a présenté à la Société de chirurgie un mémoire fort intéressant sur un sujet en apparence très rebattu, *l'application de la ligature élastique à la cure de la fistule à l'anus.* On peut reprocher à ce mémoire de ne contenir que cinq observations, mais elles sont toutes très intéressantes, car il a opéré non seulement des fistulettes, mais de grandes fistules, sur des individus cachectiques; et, de ses malades, l'un était diabétique, l'autre avait une diathèse urique d'une intensité extrême. Chargé d'un rapport sur ces sujet j'ai voulu étudier la valeur de la ligature élastique dans ces cas, j'ai observé un bon nombre de faits intéressants et je suis arrivé à une conclusion très pratique, à ce que je crois.

Lorsqu'il y a quelques années la ligature élastique fut proposée comme méthode d'exérèse, elle donna lieu à un véritable délire chirurgical; et je ne sais guère d'opération qui n'ait été pratiquée

à l'aide de la ligature élastique, amputation de cuisse, extirpation du sein, etc., etc. Il y a beaux jours, du reste, que la méthode antiseptique nous remettant en possession du bistouri a fait laisser de côté toutes ces méthodes d'exérèse soi-disant protectrices des accidents infectieux, qui, à ce point de vue, n'ont plus leur raison d'être.

La ligature élastique a peut-être été un peu trop abandonnée après avoir été trop recommandée. Pour quelques opérations, elle peut rendre de précieux services et la fistule à l'anus est de ce nombre.

J'avais bien fait, avant de rapporter ce mémoire, quelques opérations de fistules par la ligature élastique, mais sans m'y arrêter suffisamment. Depuis, j'ai pratiqué 12 de ces opérations, dans des conditions assez diverses; c'est, ce me semble, un chiffre assez raisonnable pour conclure. Sur certains points, je suis pleinement d'accord avec M. Queirel, sur d'autres nous différons un peu d'opinion. Ainsi M. Queirel me paraît faire un tableau beaucoup trop noir de l'opération de la fistule à l'anus par d'autres procédés. Depuis longtemps, je l'opère soit avec le bistouri d'abord, soit avec le thermocautère, en terminant toujours par la cautérisation de tout le trajet; je panse sans mèche avec de la charpie imprégnée d'eau phéniquée au 40°. N'était la nécessité d'endormir le malade pour ce faire, ce serait une excellente méthode. J'ai employé aussi l'écraseur, et l'anse du galvanocautère, bons procédés aussi. Ce qui est juste, c'est que le bistouri seul, tel qu'on l'employait autrefois, a des inconvénients et même des dangers.

Examinons rapidement les conclusions assez développées du mémoire de M. Queirel.

« 1° La ligature élastique telle que nous l'employons est exempte de dangers, même dans les cas graves, c'est-à-dire quand les fistules remontent très haut. »

Nous accordons volontiers l'exactitude de cette proposition; l'application de la ligature élastique nous a paru moins dangereuse qu'un gros traumatisme.

Il en est de même, pour la deuxième proposition: « 2° Par ce procédé, on est à l'abri des hémorragies. »

Considération importante : les hémorragies sont choses communes et le thermocautère même n'en met pas absolument à l'abri; aussi cette conclusion mérite d'attirer l'attention. Tous les chirurgiens doivent être d'accord que le bistouri expose dans cette région à des hémorragies graves.

La troisième conclusion : « 3° Il n'y a pas de réaction inflammatoire ni d'inflammation de voisinage » mérite quelques réserves. Cela est vrai seulement pour les fistules médiocres. Pour les

très grandes fistules, il faut quelques précautions pour éviter absolument rougeur et gonflement. Toutefois, il est certain que la réaction inflammatoire est moindre que par tous autres procédés.

Je fais encore quelques réserves pour la quatrième conclusion : « 4° On n'a jamais de récidive, la cicatrisation se faisant toute seule et régulièrement des parties profondes vers la peau. » Cela serait exact s'il était toujours possible de suivre tous les culs-de-sacs fistuleux et de multiplier les fils. Mais certains peuvent échapper, et Allingham, dans son *Traité des maladies du rectum et de l'anus,* a sagement insisté sur la possibilité de cet incident.

Je diffère d'opinion tout à fait pour la cinquième proposition : « 5° Les malades peuvent vaquer à leurs occupations, le jour même de l'opération, si la fistule est peu profonde, quelques jours après, dans les cas qui nécessitent des manœuvres laborieuses. »

Je crois, au contraire, qu'il est toujours sage d'imposer un peu de repos au début aux malades. Ils peuvent certainement marcher beaucoup plus rapidement qu'avec tous les autres procédés ; mais, en leur permettant la marche trop tôt, on aura çà et là quelques accidents. Il y a, du reste, avantage à mettre, durant les premiers jours, un pansement légèrement désinfectant.

La dernière proposition est très juste : « 6° Une diathèse ou un état général mauvais n'est pas une contre-indication d'opérer par ce procédé, alors qu'il y aurait danger par une autre méthode. » Nous partageons cette manière de voir.

En somme, tout en différant un peu d'opinion sur quelques détails, nous sommes de l'avis de M. Queirel, l'application de la ligature élastique à la fistule à l'anus donne une excellente opération applicable à la grande majorité des cas.

Un point a beaucoup attiré mon attention, la douleur, très vive, disent les uns, nulle, disent les autres. Il y a là une divergence qui me paraît tenir surtout aux différentes manières de procéder.

D'abord il est avantageux de serrer très modérément. On a peu de profit à voir le fil couper vite, puisqu'il faut le temps suffisant pour que la réparation s'effectue derrière lui et la douleur en est beaucoup diminuée. Ceci a déjà été bien mis en relief dans une bonne thèse du Dr Adrien Simon.

Mais ce qui me paraît capital, c'est le *volume du fil.* Après avoir opéré plusieurs fois sans presque de douleur, employant un fil de petit calibre, je me suis servi d'un fil de volume triple et j'ai déterminé des douleurs sérieuses, et une fois, en resserant un fil de 3 millimètres de diamètre, j'ai provoqué des douleurs cruelles.

Chez les fabricants d'instruments de chirurgie, on vend des fils dont la section oscille de 1 à 3 millimètres. Celà est beaucoup trop gros ; d'après ce que j'ai pu lire, les chirurgiens qui ont accusé la

ligature élastique d'être très douloureuse se sont servis de ces fils, où même de tubes à drainage. On contraire, sans le dire expressément, les auteurs qui considèrent la ligature élastique comme peu douloureuse paraissent avoir employé de bien petits fils puisqu'ils prennent beaucoup de précautions pour ne pas les casser. M. Queirel s'est servi du fil de caoutchouc qui tient fermé les cahiers de papier à cigarette, fil de très petit calibre, et il n'a jamais observé de douleur.

Je crois que cette condition du fil petit qui n'a été signalée par personne est indispensable. J'ai employé récemment du fil carré de moins d'un millimètre de section, et il s'est montré plus efficace et point douloureux.

Ce fil petit coupe mieux, derrière lui la réparation est plus facile. Une traction insignifiante met en jeu une élasticité très suffisante. Un tube posé dans un trajet suffit à couper, comme un cas de M. Terrier l'a montré.

Comme M. Queirel, j'ai opéré de très grandes fistules multiples ; mais dans ces cas il faut donner du chloroforme pour faire des ponts multiples, placer plusieurs fils, et très bien fouiller les trajets pour ne pas laisser libre de diverticule. Dans tous les autres cas, je n'ai pas donné de chloroforme, avantage immense avec des malades dont plus de la moitié ont des lésions pulmonaires.

La durée du traitement est certement plus courte que par les autres procédés ; mais la différence est moindre qu'on ne l'a dit, parce que ces trajets fistuleux, même le pont coupé, sont toujours de cicatrisation lente.

La date de la chute du fil dépend de sa constriction et de son volume. Il n'y a aucun avantage à ce qu'elle soit très rapide. Elle oscille entre 4 et 20 jours.

J'ai toujours fait *panser* le malade avec un antiseptique : acide phénique, acide borique ; j'ai recommandé des lavages antiseptiques fréquents à partir du jour où le pansement ne peut plus être maintenu.

Entre le 4e et le 8e jour, le patient peut d'ordinaire sinon reprendre ses occupations, au moins marcher un peu, s'occuper de ses affaires, prendre l'air, etc. Quand ils ne sont pas contre-indiqués par la toux, les grands bains contribuent beaucoup à la ra piditéde la guérison.

En matière de conclusion, je dirai : l'application du fil élastique à la fistule de l'anus est excellente, je la ferai certainement souvent, et il fautsavoir gré à M. Queirel de nous avoir invité, par un très bon mémoire, à ne pas l'abandonner et à en rechercher les meilleures conditions.

Conclusions : 1° Je demande le dépôt du mémoire aux archives ; 2° Des remerciements à l'auteur, dont le travail vient augmenter les titres à la place de correspondant national pour laquelle il est candidat.

Discussion.

M. Verneuil. Je demande la parole pour combattre formellement le procédé opératoire dont il est question ; peut-être la ligature élastique convient-elle pour des fistules petites sans diverticules, ni décollement, mais alors tout convient.

Elle ne présente aucun avantage sur le thermo-cautère avec lequel on fait l'opération en une minute.

Le bistouri doit être aussi abandonné dans le traitement de la fistule à l'anus, il expose à l'hémorragie, à l'érysipèle ; j'ai vu une fois une hémorragie grave survenue dans le service de Ph. Boyer à l'Hôtel-Dieu, chez un de mes opérés.

Contre la fistule à l'anus nous avons à notre disposition : l'écraseur, que j'ai d'abord employé, puis le thermo-cautère qui n'expose pas à l'hémorragie ; rarement il survient des hémorragies secondaires.

La ligature est un procédé ancien employé par Clément de Rochefort et qui peut aussi donner des hémorragies secondaires.

Nous devons craindre la récidive qui survient dans deux conditions différentes, le plus souvent parce que l'opération a été incomplète ; d'un autre côté, chez les phtisiques la récidive se montre quel que soit le procédé employé. Avec la ligature l'opération peut être incomplète, car pour obtenir la guérison il faut rechercher tous les prolongements ; si on les traite par la ligature le procédé est alors plus compliqué que le thermo-cautère.

La douleur est un des inconvénients de la ligature, je l'ai employée 4 ou 5 fois et je l'ai vue amener des douleurs très vives ; chez une femme dont la ligature fut serrée avec un fil qui étiré n'avait qu'un demi-millimètre, il y eut 3 ou 4 nuits d'insomnie ; la malade prit une pneumonie et mourut 10 jours après.

La ligature, dit-on, dispense de la mèche, mais la mèche n'est pas nécessaire, la réunion n'est pas à craindre.

On a dit aussi que le malade pourrait vaquer à ses occupations, je ne le pense pas, et d'ailleurs pour moi je ne lui permets pas de se mouvoir avant quelques jours.

Chez un malade atteint de diabète, par exemple, à la ligature et au bistouri on devra préférer le fer rouge.

Enfin je dirai que la ligature me paraît impraticable dans nombre de cas, quand la fistule est longue, les tissus épais, les pro-

longements nombreux ; elle sera quelquefois utile chez des individus pusillanimes, mais nous avons le chloroforme que j'emploie en opérant avec le thermo-cautère.

M. Sée. J'ai employé la ligature élastique un très grand nombre de fois, le plus souvent avec succès. J'ai vu, il est vrai, quelques récidives qui tenaient à des diverticules non compris dans la ligature : celle-ci n'est donc pas applicable à tous les cas.

Quand on fait l'incision avec le bistouri ou le thermo-cautère, on peut rechercher s'il existe des prolongements, avec la ligature on ne peut le faire facilement. La ligature a l'avantage de pouvoir être faite temporairement, car on a presque toujours un fil sous la main au moment de l'examen, tandis que le thermo-cautère fait ordinairement défaut à ce moment. La douleur est de peu de durée si l'on serre le fil de façon à augmenter 5 à 6 fois sa longueur; la section est aussi plus rapide. Faute de l'avoir serré suffisamment, on est quelquefois obligé de le resserrer plus tard, tant il tarde à couper les tissus. Par ce procédé on n'a pas d'hémorragie, tandis que le thermo-cautère n'est pas toujours hémostatique, ainsi que l'écraseur.

Le fil élastique peut être employé chez tous les malades même chez les phtisiques dont les fistules à l'anus sont souvent extrêmement pénibles à supporter.

M. Desprès. Le thermo-cautère et le fil élastique ont été imaginés pour éviter la perte de sang ; les anciennes méthodes donnent les mêmes résultats. L'écraseur linéaire aidé du chloroforme fait l'opération en quelques minutes ; il est préférable à la ligature qui est douloureuse et, si la fistule est profonde, le thermo-cautère ne donne pas de sang, mais il brûle les tissus voisins.

Je recommande toujours l'emploi du bistouri, j'ai opéré 220 fistules, 10 avec l'écraseur, 210 avec le bistouri, jamais je n'ai eu d'hémorragie, ni de récidive. Mais il faut toujours préparer le malade. Je n'ai perdu qu'un seul opéré qui est mort d'infection purulente à Cochin en 1872, à une époque où il y avait de l'infection purulente dans mes salles.

Lecture.

M. Kirmisson lit une observation sur un cas de *conicité physiologique du moignon.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Terrier, Nicaise et Verneuil, rapporteur.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le secrétaire,

NICAISE.

Séance du 11 octobre 1882.

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Marseille médical. — Lyon médical. — Recueil d'ophtalmologie. — Revue médicale française et étrangère. — Revue médicale de l'Est. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Gazette médicale de Strasbourg. — Tribune médicale. — Revue scientifique.*

3° *British medical. — Gazette médicale Italienne Lombarde. Le Practitioner. — La Gazette médicale de Turin.*

4° *La Société au treizième siècle*, par M. Lecoy de la Marche.

5° *Société médicale des hôpitaux*. Tome XVII.

6° Des lettres de candidature pour la place de membre titulaire, adressées par MM. P. Reclus, G. Richelot et Humbert.

7° *Des corps étrangers intra-vésicaux*, par le Dr Follet, de Lille.

M. le président annonce qu'il a reçu, pour les membres de la Société, une invitation à assister au service de bout de l'an de notre regretté collègue et ancien président M. Houel.

Des compliments de condoléance et des remerciements seront adressés à madame Houel.

A propos du procès-verbal.

Traitement du tétanos.

M. Nicaise. Je désire communiquer à la Société l'observation d'un cas de tétanos, en ce moment dans mon service à l'hôpital Laennec, et chez lequel le chloral a amené des accidents tout en procurant la guérison :

Il s'agit d'un homme de 37 ans, menuisier au chemin de fer de l'Est, qui, le 31 août 1882, eut le troisième orteil gauche écrasé par la chute d'une porte de wagon; la lésion était une plaie contuse en scissure profonde de la pulpe de l'orteil avec arrachement de l'ongle. — Pansement phéniqué simple; le blessé continue son travail.

Le 10 septembre, un médecin régularise la plaie ; à partir de ce moment, le malade accuse des souffrances.

Le 14, il est pris de dysphagie, de trismus, puis de raideur de la nuque, d'opisthotonos. — Il entre à Laennec le 21 septembre.

A son entrée, la plaie de l'orteil est presque cicatrisée, aucune douleur en cette région, pas de traces de corps étrangers ; pas de douleur le long du membre inférieur.

Les muscles de la face et du cou sont contracturés, la tête est dans l'extension, le malade ne peut s'asseoir. La contracture n'est pas absolue, il y a de petits déplacements de la mâchoire ; en un mot, trismus et opisthotonos.

X... dit avoir eu du tremblement des membres et quelques secousses générales, rapides, dans les muscles des membres et de la tête, avec douleur au niveau de l'orteil blessé et le long de la jambe gauche. — Dans une de ces secousses, le malade s'est mordu la langue.

Pouls à 104°, température 38°, sueurs abondantes, urines normales.

Le malade a eu des fièvres intermittentes en 1870, c'est là son seul antécédent pathologique.

Traitement, pansement phéniqué de l'orteil, bain de vapeur, extrait thébaïque 6 centigrammes.

23. — Même état, opisthotonos et quelques secousses; extrait thébaïque 10 centigrammes.

24. — Même état, l'opium est remplacé par l'hydrate de chloral, 4 grammes dans une potion de 200 grammes, à prendre en 3 fois, à 3 heures d'intervalle.

25. — L'état du tétanos est le même ; le malade a eu un peu d'agitation. Chloral 6 grammes à prendre en 4 fois.

26. — Il y a une diminution très marquée de la contracture, mais le malade a été très agité, a déliré, a voulu se lever. Le chloral est ramené à 4 grammes. On prescrit en outre 30 grammes de sirop de morphine.

Ce traitement est continué jusqu'au 3 octobre, la contracture a diminué mais ne disparaît pas, les sueurs sont toujours abondantes.

Le 3 octobre. — La contracture augmente, un peu d'agitation, constipation.

Un verre d'eau de Sedlitz, chloral et morphine.

Le 4 octobre. — L'agitation a été très grande, la contracture a augmenté. Une fenêtre a été ouverte près du malade.

Celui-ci est alors transporté dans une chambre d'isolement chauffée à 18°.

Potion avec chloral, 5 grammes, plus un lavement avec 2 grammes de chloral.

Le 5. — La contracture existe encore, mais a diminué ; le malade est dans une sorte de coma, dont on peut cependant le tirer. Le chloral est ramené à la dose de 4 grammes.

Le 6. — Le coma persiste et la résolution paraît complète. Les pupilles sont restées dilatées.

Le chloral est supprimé.

Le lendemain, la prostration a disparu, il n'y a plus de contracture musculaire.

Le malade est surveillé encore pendant trois jours, puis ramené dans la salle commune.

Remarques. — Cette observation nous montre un malade qui est pris de tétanos quinze jours après une lésion légère, mais siégeant sur un orteil.

Le tétanos fut bénin, subaigu; ce qu'il y a à remarquer, c'est l'action du choral qui a déterminé d'abord de l'agitation, puis ensuite un état de torpeur prolongé dont on pouvait avec peine tirer le malade.

Cependant le chloral n'a été donné qu'à la dose de 4 à 7 grammes en 24 heures, et pour obtenir l'abolition des réflexes, on ne donne pas moins de 3 à 5 grammes dans un court espace. Il n'en est pas de même pour l'effet hypnotique qui s'obtient avec une dose faible.

Le mode d'administration du chloral a ici une grande importance; comme son action est de courte durée et qu'il ne paraît pas s'accumuler dans l'organisme, on peut répéter les doses anesthésiques 3 fois dans les 24 heures ; mais en tenant compte de ce fait, qu'une dose de 4 à 5 grammes prise dans un court espace de temps, peut, chez certains individus, amener des accidents quelquefois graves et subits. Il sera donc prudent de tâter dans chaque cas la susceptibilité du malade.

Discussion du traitement de la fistule à l'anus. (Suite.)

M. Terrier. La fistule anale n'est pas, vous le savez, une affection toujours la même, point n'est besoin d'insister sur ce fait.

Les causes sont diverses, tantôt elle succède à un état inflammatoire franc, un corps étranger, une hémorroïde enflammée, par exemple; tantôt, au contraire, elle résulte d'un processus, sinon tuberculeux, au moins tout spécial chez un tuberculeux. Anatomiquement, elle est borgne ou complète, simple ou compliquée. Le trajet fistuleux est aussi sujet à de nombreuses variations de calibre et de longueur, il offre souvent des dilatations, des diverticules à directions presque déterminées d'avance. Les parois même de la fistule sont loin d'être partout identiques, et si l'on venait à extirper celle-ci, comme cela s'est fait jadis, l'examen microscopique de ces parois serait intéressant à faire.

Très fréquemment, sur le trajet fistuleux plus ou moins anfractueux, j'ai constaté l'existence de culs-de-sac, de véritables cavités même, remplies d'un tissu fongoïde; en un mot, de véritables fongosités. Ce tissu s'observe plus particulièrement dans les anciens trajets fistuleux, alors que la lésion résulte d'un état général sérieux, comme la tuberculose. Peut-être même rencontrerait-on des tubercules dans ces fongosités. Quoi qu'il en soit, alors même que la fistule n'est pas d'origine tuberculeuse, il peut encore se faire que sur son trajet il existe une cavité, reste d'un abcès primitif, rempli de fongosités vasculaires.

Il n'est pas besoin de remarquer combien doit être différente la thérapeutique de ces diverses variétés d'un même type pathologique.

Si l'on n'utilise qu'une seule méthode, qu'un seul procédé, on peut s'exposer à des guérisons incomplètes, à des récidives, et j'avoue en avoir vu un assez grand nombre chez les malades que l'on recevait jadis à l'hôpital temporaire, aujourd'hui hôpital Laennec.

Malgré les assertions de mon excellent collègue et ami M. Just Championnière, j'ai peine à croire que la ligature élastique puisse être appliquée au plus grand nombre des variétés des fistules anales.

Ce procédé, douloureux surtout s'il existe un large pont de tissus à diviser, est assez long à produire la section complète des trajets et nécessite une surveillance assez grande.

D'ailleurs, il laisse intact les diverticules, les culs-de-sac remplis de tissu fongueux et c'est, je crois, un grave inconvénient.

La ligature élastique est applicable aux trajets courts, sans diverticules, chez des sujets sains; faut-il aussi s'en servir chez les tuberculeux quitte à faire une opération incomplète, comme le croit M. Marc Sée? Je pense qu'on peut tenter ici un autre moyen sur lequel je reviendrai plus loin.

L'écraseur linéaire, quoi qu'on en ait dit, est un excellent instru-

ment pour opérer la fistule anale. Encore faut-il l'utiliser comme le faisait mon maître Chassaignac.

Dans ces fistules à diverticules, irrégulières, fongueuses et fréquentes, il avait soin de placer d'abord un tube à drainage, puis, le trajet régularisé par une suppuration plus ou moins prolongée, il opérait la fistule avec la chaîne et obtenait de bons résultats.

Lorsque, comme je l'ai souvent vu faire, on opère une fistule anfractueuse avec l'écraseur sans avoir eu la précaution de la drainer pendant quelque temps, l'intervention ne suffit pas toujours, ou bien la cicatrisation se fait mal, précisément à cause de la persistance de ces fongosités.

Et cela d'autant plus facilement que, suivant les principes de Chassaignac, on ne panse pas la plaie faite par l'écraseur, ce qui n'est pas toujours très bon en ce sens qu'on laisse marcher les choses sans se préoccuper du processus de cicatrisation.

Le thermo-cautère, dont le professeur Verneuil vous a vanté l'emploi, est en effet un excellent instrument à utiliser, d'autant qu'il peut parcourir assez facilement les diverticules, et détruire les fongosités des trajets anfractueux, ou qui offrent des dilatations ampullaires. Cependant son action thermique offre dans ces derniers cas un certain danger, surtout dans ces régions où il existe des masses graisseuses facilement mises en ébullition et qui, s'écoulant sur les parties voisines, peuvent les brûler.

Voici, dans ces cas complexes, le procédé auquel nous nous sommes rattachés depuis quelque temps.

Que la fistule ait été préalablement drainée pendant quelques jours, et en général au moment d'un premier examen, ou bien que ce drainage n'ait pas été fait, le ou les trajets sont sectionnés soit avec l'écraseur, soit avec le thermo-cautère, dans le but d'obtenir l'hémostase.

Les trajets sont ensuite explorés avec le doigt et tous les diverticules, toutes les parois granuleuses et fongueuses sont grattés et enlevés avec la curette tranchante de Volkmann.

En général, ce curage et ce grattage déterminent un écoulement de sang en nappe, que j'ai l'habitude de tarir avec le thermo-cautère, ce qui d'ailleurs est le plus souvent très facile.

Enfin, contrairement à ce qu'on accepte en général, j'ai toujours soin de panser les trajets ainsi régularisés avec des petites mèches de charpie enduites soit de vaseline phéniquée, soit de pommade à l'iodoforme. J'ajoute que ces pansements, un peu douloureux tout d'abord, deviennent parfaitement supportables ultérieurement et qu'ils permettent une surveillance de la cicatrisation, surveillance qui n'est jamais à dédaigner.

Dans les cas où j'avais affaire à des tuberculeux chez lesquels

l'opération ne devait ou ne pouvait pas être suivie de guérison, je me suis souvent contenté du drainage de la fistule comme le conseillait Chassaignac. On établit ainsi une sorte de tube de sûreté qui empêche les décollements nouveaux et facilite même la cicatrisation des diverticules formés.

Cette méthode me semble préférable à l'emploi de la ligature élastique.

Dans ces cas, d'ailleurs, j'ai déjà vu plusieurs fois un phénomène que vous a signalé mon excellent ami M. Just Championnière, voici en quoi il consiste :

L'anse assez lâche du tube à drainage, agissant à l'instar du fil de plomb de Foubert et Desault ou bien des fils de Clemot, sectionne peu à peu les tissus et la fistule s'opère seule.

Dans un cas, un assez long trajet fut sectionné ainsi en un mois, une autre fois en quinze jours.

Si donc pour une raison d'état général du malade, l'on ne tient pas à une thérapeutique active, il est de tout avantage d'utiliser ce drainage de la fistule. Quand le drain est installé, il est parfaitement toléré et à peine gênant pour les malades, qui peuvent même vaquer à leurs occupations habituelles

Telles sont, Messieurs, les quelques réflexions que je désirais vous soumettre à propos du très intéressant rapport de mon ami et collègue M. Just Championnière.

M. Desprès. M. Terrier généralise des dispositions anatomiques qui n'existent que chez les tuberculeux; souvent la fistule succède à un simple abcès et n'a alors que deux orifices ; si la fistule a un orifice interne élevé dans le rectum, j'applique la méthode de Chassaignac. Mais je ne me suis jamais occupé des diverticules, ils guérissent quand le trajet principal est incisé. Desault a dit qu'il était suffisant de réunir les orifices rectal et cutané.

Dans les grandes fistules, on peut employer l'entérotome; dans deux cas de ce genre, j'ai placé d'abord un tube à drainage, puis, trois jours après, j'ai employé l'écraseur, les deux malades ont guéri.

Cette année, j'ai opéré une malade qui, à la suite d'un abcès de la glande vulvo-vaginale ouvert à la fois dans le rectum et sur la peau, avait une fistule avec quatre orifices cutanés. Après l'incision du trajet anal, les autres fistules se sont cicatrisées.

L'emploi de la curette n'est pas nécessaire; quand la cicatrisation est ralentie, on cautérise avec le nitrate d'argent ou le chlorure de zinc.

M. Berger. M. Desprès a été heureux s'il a guéri 200 opérés sans

s'être occupé des diverticules; pour moi, j'ai observé plusieurs cas de récidive parce qu'on avait laissé des diverticules.

Quand les fistules diverticulaires sont au milieu d'un tissu de callosités, la guérison ne survient que si l'on fait l'extirpation des tissus calleux jusqu'aux tissus sains. J'ai obtenu ainsi un bon résultat chez un malade qui portait des fistules depuis vingt ans.

La guérison des fistules peut encore ne pas se faire si les malades, sans être tuberculeux, sont en puissance de tubercules; chez un de ces malades, j'ai fait trois opérations. Cependant l'examen ne faisait pas découvrir de tubercules dans les poumons; M. Richet me conseilla d'employer l'huile de foie de morue, le malade fut guéri en un mois.

Il est donc bon d'avoir recours à un traitement général, quand le traitement local ne guérit pas.

M. Trélat. Je partage l'opinion de M. Berger sur la pratique de M. Desprès; il est difficile qu'un chirurgien puisse dire qu'il n'a jamais eu à se préoccuper ni des diverticules, ni des callosités. M. Desprès a voulu distinguer les fistules que j'appellerai phlegmoneuses qui succèdent au phlegmon pelvi-rectal supérieur. Elles n'ont en effet ni fongosités, ni callosités, l'incision les guérit; dans un cas, j'ai employé l'entérotomie et j'ai obtenu la guérison.

Mais il y des fistules d'une autre catégorie, très communes, qui tracent des galeries profondes et sont très rebelles, soit par suite d'incurie, de traitements mauvais, de la constitution du malade, quoique ses rapports avec la fistule soient encore incertains.

Dans ces cas, le procédé employé pour faire la section est peu important; le principal, c'est de modifier les tissus qui ne sont pas propres à la cicatrisation, soit par des pommades, par le nitrate d'argent, le thermocautère, la curette, les ciseaux.

L'incision simple, même avec des pansements soignés dont je suis resté un adepte, ne suffit pas, l'excision des lèvres de la fistule est encore insuffisante, il faut détruire les callosités ou les modifier par le fer rouge: alors, en faisant des pansements soignés et antiseptiques, on obtient la guérison, mais souvent encore avec lenteur.

M. Duplay. Je reviens au point de départ dont la discussion s'est écartée, c'est-à-dire à la ligature élastique.

Comme l'a dit M. Terrier, on ne peut pas avoir un plan de traitement uniforme. Au point de vue thérapeutique, les fistules peuvent être divisées en deux classes, les fistules simples et les fistules complexes qui comprennent les fistules pelvi-rectales supérieures et les fistules à trajet multiple; pour ces dernières, il faut faire des incisions multiples et modifier les tissus.

Mais pour les fistules simples à trajet unique, le procédé opératoire importe peu ; dans ces derniers temps, on a proposé d'Angleterre la ligature élastique. C'est une opération bénigne qui peut rendre de réels services : elle peut être faite sans chloroforme, la douleur qu'elle détermine est faible, quelquefois nulle, la section est lente, la cicatrice se fait derrière elle et peut se dispenser d'un pansement.

Ce sont là des avantages que ne présentent pas les procédés dans lesquels on fait une plaie.

M. Desprès. M. Trélat a dit qu'il fallait modifier les trajets fistuleux, je proteste contre cette opinion ; les fistules guérissent quand on a réuni les deux orifices, quand les matières ne traversent plus le trajet, car, malgré les recherches de M. Verneuil, ce trajet n'est pas constitué par une muqueuse.

Pour traiter ces fistules, le plus simple est d'employer le bistouri.

M. Terrier. Le passage des matières intestinales à travers la fistule n'est pas toujours un obstacle à la guérison. Dans un cas, j'ai laissé pendant longtemps un tube à drainage qui était traversé par les matières, cependant les tissus se sont coupés et le malade a guéri.

M. Sée. Je m'élève contre ce qu'a dit M. Desprès, qu'il suffisait de réunir les deux orifices; quand il y a un décollement au-dessus de la fistule, il faut l'inciser à part. Je répéterai que je suis partisan de la ligature élastique qui est applicable à certains cas, particulièrement chez les phtisiques.

M. Trélat. Pour affirmer comme le fait M. Desprès, qu'une fistule guérit toujours quand on réunit ses deux orifices, il faut une puissance d'omission et d'élision considérable.

On ne peut dire non plus que le passage des matières empêche seul la cicatrisation, quand on sait que des fistules stercorales guérissent spontanément.

M. Championnière. Bien que j'eusse trouvé intéressant le mémoire de M. Queirel, je n'avais pas donné à mon rapport une étendue comparable à celle des discours qui lui ont succédé. J'avais même négligé, pour abréger, certains avantages de la ligature élastique, en particulier la diminution sérieuse de la durée de la réparation ;je voulais surtout montrer que j'étais de l'avis de M. Queirel, à savoir que : si la méthode n'est pas toujours applicable, au moins la ligature élastique est précieuse en un grand nombre de cas, et même pour de grandes fistules, ce que je maintiens encore.

M. Desprès a pris la défense du bistouri, en reprochant à ses collègues d'avoir peur du sang. Nous n'en avons peur que parce que nous avons le désir d'épargner le sang de malades presque toujours cachectiques. M. Desprès parle de très nombreuses opérations pour lesquelles il n'aurait eu qu'un cas d'infection purulente. C'est déjà beaucoup trop ; les exemples semblables ne manquent pas, du reste,et il est légitime de chercher à ne pas avoir de ces malheurs, si rares qu'ils soient. Enfin,M. Desprès nous dit qu'il a fait 220 ou 250 de ces opérations dont il ne donne pas les observations; il affirme qu'il n'a jamais eu de récidive. Cette affirmation ne sera jamais acceptée par des médecins ayant fait des opérations de fistules à l'anus; la récidive est commune pour tous, même pour le plus habile; elle est de l'essence même de la maladie ; on peut en avoir *moins*, il en reste toujours *beaucoup*, personne, après avoir suivi ses opérés, ne saurait dire qu'il n'en a pas eu.

M. Verneuil attaque la ligature élastique violemment, pour conseiller un procédé par le thermo-cautère, procédé qui est excellent, mais ne saurait être toujours employé ; la réparation est lente; le chloroforme est indispensable; il y a certainement pas mal de cas où on peut lui préfèrer la ligature élastique.

M. Verneuil,du reste,qui accuse celle-ci d'être très douloureuse, l'a pratiquée rarement, il se pourrait que, s'il l'avait répétée en modifiant la tension et surtout le volume du fil, il eût réussi à éviter la douleur comme beaucoup d'autres chirurgiens.

M. Sée nous dit qu'il serre systématiquement avec force son fil élastique ; mais il donne le chloroforme pour cela ; et il a raison, car la douleur, dans ce cas, est vraiment immédiatement très vive.

M. Terrier ne veut pas que l'on opère ainsi toutes les fistules à l'anus, et il a raison; je n'ai pas dit toutes non plus. Je crois pourtant qu'il y a plus de fistules justiciables du fil élastique que ne l'a dit M. Terrier; de très grandes fistules sans organisation de fongosités donnent, ainsi traitées, de très bons résultats.

Je n'ai pas dit non plus que l'on pouvait éviter toute récidive; et le grattage me paraît excellent, surtout associé à l'emploi du chlorure de zinc; mais, dans ces cas compliqués, le thermo-cautère n'est pas à dédaigner; il fouille très bien les diverticules organisés et l'application en est assez facile.

M. Trélat ne reconnaît à la ligature élastique qu'un avantage partagé avec d'autres moyens, il fait une diérèse sans hémorragie. Ce n'est pas assez dire ; l'anse élastique, en même temps qu'elle coupe le pont, provoque derrière elle la cicatrisation ; il y a là une sorte d'action irritante favorable à la cicatrisation de ces plaies torpides ; et, lorsque la section du pont est terminée,la cicatrisation du cul-de-sac placé derrière le fil est très avancée.

Je crois que, dans cette discussion, on n'a pas apporté à la ligature élastique d'objection capitale, et que l'on n'a pas été assez juste pour un procédé qui offre de sérieux avantages. Il en a un fort grand, celui de permettre beaucoup d'opérations sans chloroforme. Or, presque tous les sujets sont cachectiques, ont les poumons altérés, sont dans de détestables conditions d'anesthésie générale, souvent nerveux à l'excès ; d'autre part, pour toucher douloureusement à cette région, il faut une anesthésie profonde. Si pour beaucoup on peut l'éviter, on aura gagné.

J'ai déjà traité la question de la douleur, et je crois avoir dit vrai en affirmant qu'avec une constriction médiocre et un fil très fin, on l'évite dans une large mesure. J'ajoute qu'il n'y a aucun intérêt à couper très vite, car le mieux est que la réparation se fasse au fur à mesure derrière le fil, de telle sorte que, lorsque celui-ci tombe, la guérison est très avancée. Dans ces conditions, on opérera sans accidents des fistules très élevées, et, sans affirmer que les fistules de l'espace pelvi-rectal pourront être atteintes, parce que de telles fistules sont rares, je crois que des ponts très étendus peuvent être bien coupés.

On n'est à l'abri de la récidive avec aucun procédé. Avec celui-ci, on aura d'autant plus de chances de l'éviter, que l'examen des malades aura été plus parfait. Je procède ordinairement à cet examen dans la position de la taille beaucoup plus favorable que le décubitus latéral.

Enfin, j'insiste en terminant sur ce fait qu'il ne faut pas trop promettre. Sans doute, les malades peuvent plus rapidement reprendre leurs occupations ; mais, dans la très grande majorité des cas, il ne faut pas leur permettre de marcher immédiatement. Le repos est justement une condition nécessaire pour que le premier travail de section se fasse sans douleur.

Un pansement antiseptique et non irritant est un excellent adjuvant, eau phéniquée, vinaigre antiseptique, acide borique ; beaucoup de pansements humides sont d'un bon effet. Aussitôt que le malade marche, des bains rendent grand service, et, quand les plaies tardent longtemps à se guérir, les bains sulfureux m'ont paru agir bien. Moyennant ces conditions, la ligature élastique rend de grands services dans un grand nombre de cas.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Lecture.

M. Humbert lit un travail intitulé : *Kyste tendineux à grains riziformes, incision, traitement antiseptique, guérison.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Berger, Sée et Nicaise, rapporteur.

La séance est levée à 5 h. 15 m.

Le Secrétaire,

NICAISE.

Séance du 18 octobre 1882.

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine.* — *Lyon médical.* — *Annales de gynécologie.* — *Bulletin général de thérapeutique.* — *Revue médicale française et étrangère.* — *La Loire médicale.* — *Bulletin médical du Nord.* — *Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne.* — *La Thérapeutique contemporaine, médicale et chirurgicale.*

3° *British Medical.* — *La Gazette de santé militaire de Madrid.*

4° Tome XX, 2e fascicule de la *Revue des sciences médicales en France et à l'étranger.*

5° *De l'Étude et des progrès de l'hygiène en France*, de 1878 à 1882, par MM. Napias et Martin.

6° Un mémoire *sur les corps étrangers tombés accidentellement dans la cavité pleurale des opérés d'empyème* par M. le Dr Toussaint, médecin major de 1re classe.

M. le Président informe la Société qu'en son nom, M. le secrétaire général a pris aujourd'hui des nouvelles de la santé de M. Le Dentu et que ces nouvelles sont satisfaisantes.

Rapport

Sur un travail de M. Humbert, intitulé : *Note sur l'ulcération des artères au contact du pus, à propos de deux cas observés dans le cours de l'ostéo-myélite aiguë,*

Par M. Théophile Anger.

Après avoir rappelé le remarquable rapport de M. Le Dentu sur les altérations artérielles, M. Humbert, dans son travail, mentionne quelques faits publiés depuis lors. Puis il rapporte deux observations nouvelles d'hémorragies artérielles survenues dans le cours d'ostéomyélites aiguës.

Dans la première, il s'agit d'un enfant de 13 ans atteint d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur droit. M. Humbert crut avoir affaire à une collection purulente de la région poplitée.

L'incision pratiquée pour ouvrir cette collection ne donna issue qu'à du sang; et l'autopsie vint démontrer que l'artère poplitée s'était perforée dans l'étendue d'un centimètre.

Cette observation ne laisse aucun doute sur l'origine de l'hémorragie. Elle est remarquable surtout par la rapidité avec laquelle s'est effectuée la perforation de l'artère poplitée.

C'est le sixème jour après le début de l'affection qu'éclatent les symptômes graves indiquant la formation d'une collection liquide dans le creux poplité, et son ouverture donne issue non à du pus, mais à une nappe de sang, dont l'écoulement se renouvelle deux jours après et entraîne la mort du malade.

Dans la seconde observation de M. Humbert, l'origine artérielle de l'hémorragie est moins bien établie, en ce sens que le malade ayant guéri, il est permis de mettre en doute la perforation d'une artère aussi volumineuse que la poplitée. Le sujet de l'observation est un jeune homme de 20 ans, qui fut d'abord soigné à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Jaccoud pour un rhumatisme articulaire aigu du genou, mais bientôt apparut dans le creux poplité une collection liquide qui nécessita son passage en chirurgie. M. Humbert, croyant à l'existence du pus, fit une incision qui donna issue à 300 grammes de sang. Les jours suivants, le foyer suppure, exige une contre-ouverture à la partie supérieure du mollet et finalement le malade guérit avec raideur du genou et tuméfaction notable de l'extrémité inférieure du fémur. M. Humbert laisse supposer que l'épanchement de sang a été fourni par une perforation de l'artère poplitée ou d'une de ses branches. Nous ne sommes pas habitués à voir guérir ces sortes de perforations,

même spontanées. Tout au moins en résulte-il un anévrisme diffus.

Mais alors notre confrère eût trouvé des caillots mélangés au sang qui s'échappait de la plaie.

L'interprétation de cette hémorragie me semble devoir être réservée en ce sens que le sang ait été fourni par la perforation d'une grosse artère.

J'observe moi-même en ce moment, dans mon service à l'hôpital Cochin, un malade qui m'a présenté des phénomènes analogues, sinon semblables à ceux que nous a signalés M. Humbert. C'est un homme de 26 ans, au teint pâle, aux cheveux noirs; il n'est ni syphilitique, ni alcoolique. Il n'y a à signaler dans ses antécédents morbides qu'un rhumatisme à 12 ans et une fièvre typhoïde à 16 ou 17 ans.

Cet homme entre dans mon service le 28 septembre, se plaignant d'une douleur vive dans le genou droit et ne pouvant marcher. L'examen du genou me permet de constater que son articulation est intacte et ne contient pas de liquide. L'extrémité inférieure du fémur est à peine tuméfiée; à la partie interne et inférieure au-dessous des tendons des muscles de la patte d'oie, on sent à la palpation une fluctuation profonde, peu appréciable, sans coloration ni œdème de la peau et des parties molles, comme si une nappe de liquide avait soulevé le périoste à la partie interne et inférieure du fémur au-dessus des condyles.

A ce moment, le corps même du fémur ne paraissait pas notablement augmenté de volume. Je diagnostiquai un abcès sous-périostique et j'ouvris largement cette collection; à mon grand étonnement, pas une goutte de pus ne sortit, mais une nappe abondante et continue de sang noirâtre d'abord, puis de sang veineux franc, s'échappa à travers les lèvres de l'incision. Le doigt, introduit dans la profondeur de la plaie, constata que tout le triangle fémoral, situé au-dessus et en arrière des condyles, était dépourvu de périoste, rugueux comme une grosse râpe et couvert de petites aspérités. Plus de 300 grammes de sang s'écoulèrent des lèvres de la plaie, et pour l'arrêter, je dus bourrer de gaze imprégnée de liqueur de Piazza tout le creux poplité et faire une compression locale avec l'ouate depuis le pied jusqu'à mi-cuisse.

Le lendemain, je trouvai l'opéré avec une fièvre vive. La température s'élevait à 42°.

Cette effervescence s'est peu à peu calmée. Le premier pansement ne fut fait que 48 heures après l'incision. Il s'écoula encore un peu de sang et les injections d'eau phéniquée revenaient très colorées. Néanmoins, je plaçai deux tubes à drainage dans le fond du creux poplité, et depuis lors, l'état général s'est beaucoup amé-

lioré. En revanche, l'extrémité inférieure du fémur augmente rapidement de volume et le diagnostic exact n'est guère plus facile qu'avant l'incision du foyer sous-périostique.

L'idée la plus rationnelle qu'on puisse se faire sur la nature de cette affection est qu'il s'agit d'une de ces tumeurs sanguincs des os ,telles que celle qui a été vue par Dupuytren, et qu'on serait tenté d'appeler tumeur érectile, quoique, dans ce cas, l'on n'ait observé ni battements ni souffle.

Il y a entre cette observation et celle de M. Humbert cette différence notable que, dans son cas, il a constaté que l'os était revêtu de son périoste épaissi et velouté, tandis que, dans le mien, le périoste était décollé et soulevé par le sang.

L'obscurité qui règne sur le point de départ de l'hémorragie dans ces deux cas ne saurait faire oublier les cas déjà nombreux d'hémorragies qui ont éclaté sur des artères placées au milieu de foyers de suppuration. Aux observations déjà publiées, je puis en ajouter deux que j'ai observées sur des enfants traités en ville, l'une pour un abcès par congestion provenant d'un mal de Pott, l'autre pour une coxalgie suppurée.

Chez cette dernière petite fille, âgée de six ans, la maladie datait de 30 mois, et l'abcès par congestion était venu s'ouvrir dans le voisinago du petit trochanter.

Il n'existait, au moment de l'hémorragie, aucun tube à drainage dans le foyer ; on ne saurait donc accuser le tube en caoutchouc d'avoir ulcéré la fémorale.

L'hémorragie fut foudroyante et enleva l'enfant dans l'espace de quelques minutes, sans avoir été précédée de ces petites pertes de sang, signe avant-coureur ordinaire des hémorragies graves. L'enfant mourut en quelques secondes.

Chez l'autre jeune fille, âgée de dix ans et soignée depuis deux ans pour une coxalgie, la région du pli de l'aine était le siège de 4 orifices fistuleux, qui fournissaient une suppuration abondante depuis plus de six mois. Cette enfant, en outre, avait les poumons envahis par des tubercules, et la présence au sommet droit de gargouillements ne laissait aucun doute sur l'existence d'une vaste caverne. La mort survint subitement à la suite d'une hémorragie de la fémorale. Tous les orifices fistuleux laissaient échapper du sang eu abondance et l'on n'eut pas le temps d'arriver à son secours.

Ces deux faits, ajoutés à ceux qui ont été publiés, prouvent que les altérations des artères placées au milieu de foyers de suppuration, amènent à la longue la destruction des tuniques artérielles, quel que soit l'âge du sujet. Ce n'est plus seulement la scarlatine

que l'on doit accuser d'en être la cause prédisposante, mais aussi la phtisie.

Je n'ai pu malheureusement faire l'autopsie des deux enfants emportés par ces hémorragies foudroyantes, mais l'abondance du sang sortant à flots, la rapidité de la mort, ne me laissent pas de doute sur la lésion artérielle. Il serait sans doute d'un grand intérêt d'étudier la pathogénie de ces altérations artérielles, de savoir si les tuniques du vaisseau contiennent ou non des tubercules qui, en se ramollissant, auraient ouvert la voie au sang artériel.

C'est là une hypothèse probable, mais je ne sache pas que cette pathogénie ait été confirmée par les rares faits publiés jusqu'à ce jour.

Je vous propose de renvoyer le court travail de M. Humbert au comité de publication.

Discussion.

M. Monod. Le rapport de M. Anger me fournit l'occasion de vous communiquer deux faits analogues à ceux-ci, ils sont malheureusement incomplets, il y manque la sanction d'un examen histologique. L'an dernier, j'eus à soigner à l'Hôtel-Dieu une jeune fille atteinte d'abcès par congestion. Je lui passai au niveau du pli de l'aine un tube à drainage qui, cheminant derrière les vaisseaux fémoraux, sortait au milieu du pli genito-crural, j'appliquai un pansement antiseptique, et les choses paraissaient en bonne voie lorsqu'un matin pendant la visite je fus prévenu que la malade avait une hémorragie formidable. J'eus le temps de pratiquer la ligature de l'artère fémorale, l'hémorragie ne se reproduisit plus, mais la malade succomba plus tard aux suites de son mal, alors que je n'étais plus chargé du service, et je ne pus savoir ce qu'avait révélé l'autopsie.

Par une coïncidence bizarre, le jour même où j'avais eu à combattre cette hémorragie, j'étais appelé d'urgence dans le service voisin pour un accident semblable. Un tuberculeux en traitement depuis un certain temps pour un abcès froid du bras, abcès traversé par un tube à drainage, venait d'être pris d'une hémorragie moins abondante que celle de la malade précédente, mais que je ne pus arrêter qu'après avoir mis à nu le foyer purulent et lié le vaisseau qui donnait le sang; la ligature paraissait suffisante, cependant l'hémorragie se reproduisit la nuit suivante, et le malade mourut avant qu'on eût pu lui porter secours. A l'autopsie on trouva sur l'artère humérale plusieurs petites perforations voisines les unes des autres. Il me paraît impossible d'accuser le tube à drainage de les avoir produites, et je suis disposé à les considérer

comme le résultat d'ulcérations tuberculeuses. Il est regrettable que l'examen histologique n'ait pas été fait, mais le malade n'ayant pas été sous ma direction, la pièce anatomique ne m'appartenait pas, sans quoi je ne serais pas resté dans le doute à ce sujet.

M. Verneuil. Je ferai observer que dans le rapport de M. Anger, il est question de deux ordres de faits ;

D'une part, d'hémorragies survenant de très bonne heure dans des foyers rapidement développés comme dans les abcès sous-périostiques aigus ; d'autre part, d'hémorragies dans des foyers à marche chronique et ouverts depuis un temps plus ou moins long.

J'ai eu dans mon service, alors que M. Humbert était mon interne, un enfant dont la jambe était tuméfiée, douloureuse et rouge, avec un ensemble de phénomènes qui me firent diagnostiquer un abcès sous-périostique à évolution rapide. Je fis une large incision, et sous le périoste décollé je trouvai une collection de sang, ou plutôt de sérosité sanglante sans pus ; toutefois l'évolution ultérieure fut celle des abcès sous-périostiques aigus. Le sang s'était épanché primitivement dans le foyer. Quant à la 2e catégorie, aux hémorragies survenant dans des foyers purulents anciens, je rappellerai que j'ai établi qu'on pouvait dénuder une artère sans inconvénient au cours d'une opération, si la plaie est simple et purement traumatique; si on opère dans un foyer purulent ou enflammé, l'artère dénudée résiste fort bien s'il ne survient pas d'accidents fébriles. Dans le cas contraire (scarlatine, septicémie, etc.), la membrane pyogénique qui recouvrait l'artère et la protégeait se résorbe, s'ulcère et l'ulcération détruisant la paroi artérielle peut déterminer des hémorragies graves. Ces idées ont été exposées dans la thèse que M. Delbarre a faite sous mon inspiration. Si elles sont justes, je n'ai pas besoin d'insister sur la valeur pronostique à accorder à la fièvre en semblable occurrence. Aussi demanderai-je à MM. Anger et Monod s'ils ont observé de la fièvre avant l'hémorragie. En tout cas, je dois dire à l'avance que l'idée d'une infiltration tuberculeuse des parois artérielles me paraît fort soutenable.

M. Desprès. J'ai remarqué que les malades dont parle M. Monod avaient été traités par le drainage, et je crois que les drains ont été pour quelque chose dans la production de l'hémorragie. Une anse élastique quelconque a de la tendance à sectionner les parties qu'elle circonscrit; j'ai pour habitude lorsque je traverse un membre par un tube à drainage de réunir les deux bouts du tube du côté opposé aux vaisseaux ; ainsi un drain qui passerait entre les vaisseaux fémoraux et le fémur est noué en dehors du membre et circonscrit le fémur et les parties molles, laissant en dehors du

cercle le paquet vasculaire. Aussi n'ai-je jamais eu d'accidents semblables à ceux dont parle M. Monod, et je fais observer que chez l'une de ses malades l'anse du drainage entourait les vaisseaux.

Quant aux ulcérations spontanées, elles sont très peu fréquentes, et le fait figuré dans le livre de Follin me paraît absolument rare. Je partage à leur sujet l'opinion émise par M. Verneuil, et l'on savait déjà avant la thèse de Delbarre qu'après l'évacuation du pus des abcès, les vaisseaux moins soutenus pouvaient se rompre sous l'impulsion du sang et les hémorragies dues à ce mécanisme avaient été désignées par les anciens sous le nom d'hémorragies *ex vacuo*.

Quant aux abcès à contenu sanguin observés par M. Humbert et par M. Anger, je les considère non comme des abcès, mais comme des hématomes sous-périostiques dus à un trouble général voisin du scorbut.

M. Monod. La première hémorragie que j'ai observée m'a paru tout d'abord avoir été occasionnée par le drain; si j'hésite aujourd'hui à l'incriminer encore, c'est à cause du deuxième fait où le drain, dont je ne me rappelle plus la position, ne pouvait avoir fait à l'artère les ouvertures multiples et étroites qui furent constatées. La lésion artérielle était évidemment spontanée, je puis l'affirmer à M. Desprès. Je répondrai ensuite à M. Verneuil que chez ma malade la rupture de l'artère n'avait pas été précédée de fièvre. Au contraire, des accidents fébriles se sont montrés après la ligature et l'hémorragie ne s'est pas reproduite.

M. Marchand. La pathogénie des ulcérations artérielles est fort obscure, et j'en puis donner comme preuve un fait malheureux dont j'ai été témoin.

Un homme souffrait depuis 5 mois d'une douleur au cou-de-pied, il était dans un service de médecine; on reconnut un jour l'existence d'une tumeur au niveau de la tête du péroné près du creux poplité, il n'y avait ni rougeur cutanée, ni battements; la tuméfaction était due à une collection liquide que tout faisait supposer devoir être purulente. J'incisai largement la peau, et arrivé au niveau des muscles, je les traversai avec une sonde cannelée. Anssitôt que l'instrument arriva dans le foyer, il y eut un jet de sang artériel, je m'empressai de lier la fémorale à l'anneau; puis j'ouvris le foyer, dans lequel je trouvai l'artère poplitée rompue dans presque toute sa circonférence; je liai les deux bouts; la gangrène m'obligea à pratiquer l'amputation et le malade succomba. Il m'a été impossible dans ce cas de m'expliquer la rupture de l'artère.

M. Labbé. Je crois devoir rapporter un fait dont j'ai été témoin. En 1863, Dolbeau avait opéré un enfant d'un abcès sous-maxillaire, l'abcès avait été ouvert le matin, lorsque dans la journée survint une hémorragie. On voyait au fond du foyer l'orifice comme taillé à l'emporte-pièce d'où le sang s'échappait. L'artère ainsi perforée était friable et se coupait sous la ligature ; il fallut lier la carotide externe, l'enfant guérit. L'abcès était récent, la lésion était spontanée, la pathogénie était des plus obscures.

M. Anger. M. Desprès a invoqué la présence du drain, mais la jeune fille qui fait l'objet de ma deuxième observation ne portait pas de drain et comme elle était manifestement tuberculeuse, je me crois autorisé à soutenir l'hypothèse d'une lésion tuberculeuse des parois artérielles. M. Verneuil considère comme une règle la préexistence de la fièvre à l'ulcération vasculaire; j'ai vu cependant dans le service de Nélaton un homme auquel il avait réséqué la moitié du maxillaire inférieur pour une tumeur volumineuse ; la carotide avait été vue au fond de la plaie ; elle se perfora le troisième jour et l'opéré mourut d'hémorragie foudroyante sans avoir eu de symptômes de septicémie, ni même de fièvre ; l'observation a été publiée par Fontan dans les *Bulletins de la Société anatomique*.

Chez le malade de M. Marchand, on ne peut incriminer la suppuration, non plus que chez le malade dont j'ai parlé plus haut ; le sang provenait de l'intérieur du fémur. Dupuytren crut aussi ouvrir un abcès lorsqu'il ouvrit une tumeur vasculaire du fémur.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Note sur l'ulcération des artères au contact du pus, à propos de deux cas observés dans le cours de l'ostéomyélite aiguë.

Par M. Humbert, chirurgien des hôpitaux.

Les perforations non traumatiques des artères succèdent d'ordinaire à l'envahissement et à la destruction progressive de leurs tuniques par des néoplasmes, cancéreux ou syphilitiques. Plus rarement, elles reconnaissent pour cause une dénudation, consécutive à une ligature ou à l'ablation de tumeurs contiguës ou adhérentes; une érosion, déterminée par le contact de rugosités osseuses, de séquestres, de corps étrangers. Il est également exceptionnel de les observer dans le cours de suppurations aiguës ou chroniques développées au voisinage des vaisseaux.

Les faits relatifs à cette dernière variété sont peu nombreux, je n'ai pas à énumérer ceux qui ont été signalés depuis le cas classique de Liston jusqu'en 1874; ce relevé a déjà été fait par M. Le Dentu, dans le rapport qu'il lut à cette époque à la Société de chirurgie, à propos d'un cas d'ulcération de l'artère fémorale présenté par M. Périer. Je me bornerai à mentionner deux observations que j'ai recueillies dans les *Bulletins de la Société anatomique*, et qui peuvent être ajoutées à la liste si complète que M. Le Dentu a dressée. En 1871, Marié rapporte un cas de fracture compliquée de l'extrémité inférieure du fémur, avec développement d'une collection purulente qui est ouverte et drainée : un mois plus tard, hémorragies abondantes; ligature de la fémorale ; mort. A l'autopsie, on trouve une ulcération de l'artère poplitée. Maunoir, en 1873, cite un fait d'ulcération de l'artère fémorale, à la suite d'une ostéite chronique du fémur, avec fistule au niveau de l'anneau du 3e adducteur. Tentatives d'extraction du séquestre; drainage; 6e jour après l'opération, hémorragies abondantes et répétées. On lia la fémorale et la poplitée, le malade mourut.

Depuis le rapport de M. Le Dentu, quelques faits nouveaux ont été publiés. En 1877, Bard fait paraître dans le *Lyon médical* une observation analogue à celle de Dionis et de Leudet : tumeur blanche du genou chez un enfant de 9 ans, scrofuleux ; foyer purulent et trajets fistuleux multiples; ouverture spontanée de l'artère poplitée; mort deux jours plus tard. Une perforation circulaire, de 2 millimètres, à bords dentelés et déchiquetés siégeait à la partie antéro-interne du vaisseau.

Roth rapporte, en 1878, à la Société médicale de Bâle, deux exemples d'ulcération artérielle dans le cours de la scarlatine; on peut les rapprocher des faits de Miller et de Longrone. Dans l'un, c'est une ulcération de la carotide externe consécutive à un phlegmon du cou; dans l'autre, un ganglion thoracique suppuré s'ouvre à la fois dans l'œsophage et dans l'aorte, d'où stomatorragie subite et foudroyante.

J'ai moi-même observé, il y trois ans, un cas d'ulcération de l'artère poplitée.

Au mois de septembre 1879, un garçon de 13 ans 1/2, atteint d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur droit, entrait à l'hôpital Sainte-Eugénie où je remplaçais M. Lannelongue. L'affection avait débuté quelques jours auparavant par du malaise, de la fièvre, de la gêne dans les mouvements, de la pesanteur des membres et des douleurs particulièrement accusées au bas de la cuisse et dans la région poplitée. Il y avait à ce niveau du gonflement et une vive sensibilité à la pression.

Tout d'abord l'état resta stationnaire ; il y eut même une apparence

d'amélioration. Mais, le 6e jour, des symptômes graves éclatèrent; élévation du pouls et de la température, vomissements, diarrhée, adynamie; en un mot état typhoïde bien caractérisé. En même temps, la tuméfaction de la région poplitée augmentait considérablement et remontait sur la partie interne de la cuisse jusqu'à l'anneau du 3e adducteur. On sentait dans toute cette étendue une résistance profonde. Je crus avoir affaire à une collection purulente et je l'ouvris; mais la ponction ne donna issue qu'à un jet de sang. Il n'était pas saccadé, et diminua bientôt d'énergie; néanmoins, l'écoulement persistant, je l'arrêtai au moyen d'une légère compression. J'avoue que je ne pensai pas à la perforation d'un vaisseau aussi considérable que l'artère poplitée, n'ayant pas connaissance de faits de ce genre dans le cours de l'ostéomyélite. Mais deux jours plus tard une hémorragie considérable se déclara, et les internes du service ne purent s'en rendre maîtres, qu'à l'aide d'une compression énergique de la fémorale au pli de l'aine. Quand je revis le malade, il était trop tard pour recourir à une ligature ou à une amputation que j'aurais peut-être pu pratiquer si je m'étais douté tout d'abord de la gravité de la lésion. La cuisse entière était tuméfiée, de teinte ecchymotique; l'œdème, la lividité, les phlyctènes annonçaient à la jambe le début de la gangrène. L'état général était déplorable ; prostation complète, 140 pulsations, 40°,2 de température. L'enfant mourut le jour même.

A l'autopsie, congestion viscérale intense, notamment des poumons et du foie, qui est extrêmement ramolli. Il y a un petit abcès à la pointe du cœur, dans l'épaisseur de la paroi ventriculaire gauche. On n'en rouve pas dans d'autres organes.

Sur le tiers inférieur du fémur, le périoste est épais, ramolli, décollé ; un mélange de sang et de pus le sépare de l'os, qui est rugueux et donne au doigt la sensation d'une râpe. Ce périoste est détruit, en arrière, dans l'espace inter-condylien, et laisse à nu la surface osseuse.

Dans le point correspondant, sur sa face antérieure par conséquent, l'artère poplitée présente une perte de substance allongée, parallèle à l'axe du vaisseau, longue d'un centimètre. Les bords de cette ulcération sont irréguliers; des caillots y adhèrent. La surface interne de l'artère est lisse et unie comme à l'état normal; la veine est absolument saine. Tout le creux poplité est rempli de sang coagulé mélé à une médiocre quantité de pus. L'infiltration sanguine a envahi le tissu cellulaire et les muscles dans une assez grande étendue.

Cette observation est je crois, le premier exemple d'une ulcération artérielle survenue dans le cours d'une ostéomyélite aiguë. L'année suivante, le hasard m'a fait rencontrer un cas analogue, qui mérite également d'être signalé.

Un jeune homme de 20 ans est admis, au mois de juillet 1880, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Jaccoud, pour un rhumatisme articulaire aigu. Fièvre intense, température élevée, douleurs vives, principalement accusées au niveau du genou gauche,

qui est le siège d'un gonflement assez notable. Sous l'influence du traitement, la situation paraît s'améliorer. Cependant, au bout de quinze jours environ, on constate à la partie inférieure et interne de la cuisse gauche la présence d'une collection fluctuante très étendue et l'on fait passer le malade en chirurgie. En même temps que je reconnais cette collection, je trouve un gonflement manifeste du fémur et de l'extrémité supérieure du tibia. Œdème de la jambe; douleurs spontanées et à la pression. Etat général très médiocre; le malade est faible, pâle, extrêmement anémié.

Je fais une incision sur le point culminant de l'abcès, ou plutôt de la tumeur que je prends pour un abcès, car cette ouverture donna issue à environ 300 grammes de sang, moitié liquide, moitié coagulé. En y introduisant le doigt, on pénètre dans une grande cavité, au fond de laquelle on sent la face antérieure et le bord interne du fémur, partout recouvert de son périoste. Celui-ci paraît épaissi; mais il est lisse, uni, comme velouté.

Ce décollement des parties molles d'avec le périoste par l'épanchements sanguin s'étendait à la partie supérieure de la jambe. En ce point, une nouvelle collection de sang et de pus mélangés, qu'on pouvait faire refluer par la première incision, nécessita une contre-ouverture. Le périoste de la face interne du tibia présentait les mêmes caractères que celui du fémur. Partout il était conservé. Drainage d'un bout à l'autre du décollement; injections phéniquées. La suppuration s'établit, elle est abondante et dure longtemps. Peu à peu, cependant, les différents trajets se rétrécissent et se ferment. Le malade guérit. Mais, quand je le vois pour la dernière fois, il a une raideur considérable du genou, et la tuméfaction des extrémités osseuses n'a pas diminué.

Dans ce second cas, il s'agissait bien d'une ostéomyélite, et la confusion avec le rhumatisme, au début, confirme plutôt qu'elle ne diminue la valeur du diagnostic.

Le périoste paraissait intact, et le doigt n'a pas rencontré de surface osseuse dénudée; mais peut-être eussions-nous trouvé des lésions plus avancées, si nous avions pu explorer la face postérieure du fémur ou du tibia dans le creux poplité; il est probable que c'est à ce niveau que l'ulcération vasculaire s'est produite.

Bien que j'ignore quel a été le vaisseau lésé, et qu'il n'ait pas dû être très important, puisqu'il n'y a eu ni hémorragies consécutives, ni troubles circulatoires ultérieurs, ce fait m'a paru digne d'intérêt, et j'ai cru devoir le rapprocher de celui que j'ai cité en premier lieu.

Les cas d'ulcérations artérielles consécutives à des suppurations de voisinage sont si rares, et d'autre part ceux que nous connaissons se sont produits dans des conditions si variées que leur interprétation pathogénique est extrêmement difficile.

L'action du pus doit-elle être seule mise en cause? Je ne le crois pas. Sans doute, chez mes deux malades, la formation d'une certaine quantité de pus avait dû précéder la perforation des vaisseaux; mais cette quantité était bien minime, puisque le sang paraissait pur au moment où on lui a donné issue. D'ailleurs, il est de règle que le pus respecte les vaisseaux, même dans les foyers les plus anciens. S'il est des cas dans lesquels on n'a pu trouver aucune autre influence morbide, de telle sorte qu'on a été réduit à attribuer au pus une propriété ulcérative exagérée, ce qui ne signifie pas grand'chose, ces cas sont exceptionnels, et le plus souvent on peut invoquer le concours de certaines conditions qui permettent, sinon d'expliquer aisément le mécanisme de ces perforations spontanées, au moins de s'en rendre compte d'une manière plus rationnelle.

Les uns tiennent à l'artère elle-même. Tantôt, c'est sa disposition anatomique; M. Le Dentu l'a très bien démontré pour la carotide interne; pour la poplitée également, il sera peut-être permis d'invoquer des rapports immédiats avec le fémur, les tiraillements auxquels elle est exposée pendant les mouvements de la jambe. Tantôt ce sont des lésions des parois vasculaires; lésions préexistantes, comme l'altération granulo-graisseuse ou l'athérome; lésions secondaires déterminant la friabilité ou le relâchement des tuniques, et la diminution de leur résistance physiologique à la pression de l'ondée sanguine.

A côté de ces causes intrinsèques, assez rares, il faut le dire, il en est d'autres qui relèvent des parties voisines. Celles-là sont purement mécaniques. C'est ainsi que le frottement d'un séquestre, le contact d'une surface osseuse dénudée, d'un corps étranger, peuvent à la longue dénuder, éroder même plus ou moins profondément les parois artérielles. On sait que quelques auteurs ont voulu faire jouer un rôle analogue aux tubes à drainage trop longtemps maintenus dans les plaies.

Il est enfin une troisième variété de conditions favorables à la production des ulcérations artérielles. Je veux parler de celles qui dépendent de l'état général des malades. Ce sont très probablement les plus importantes. L'étude des hémorragies secondaires, dans lesquelles on voit quelquefois le vaisseau s'ulcérer et s'ouvrir au-dessus d'une ligature, nous démontre que la dénudation de l'artère, la suppuration de la plaie ne sont pas toujours seules responsables, mais qu'à ces causes locales se joint une influence générale dont la valeur n'est pas discutable. Il en est de même, je crois, dans la plupart des cas de perforations spontanées. L'artère s'ouvre au point faible; mais le travail ulcératif est puissamment aidé par une cause éloignée. Dans les affections chroniques, c'est

la dénutrition générale, l'épuisement, l'hecticité ; ce sont les lésions viscérales si fréquentes après les suppurations de longue durée.

Dans les maladies aiguës, c'est souvent un état général grave, une intoxication septique, ou analogue aux septicémies. N'en avons-nous pas une preuve dans les cas relativement nombreux observés dans le cours de la scarlatine ? Le phlegmon diffus n'est-il pas une affection septique ? N'en peut-on dire autant de l'ostéomyélite aiguë, dont mes deux malades étaient atteints ?

En résumé, quand on cherche à s'expliquer ces cas exceptionnels et encore si obscurs de perforations artérielles spontanées, on voit qu'il est difficile d'en faire l'expression d'une cause unique, et l'on rend au contraire leur interprétation à la fois plus aisée et plus rationnelle en invoquant le concours de causes multiples, contemporaines ou successives, parmi lesquelles l'état général des malades doit toujours être pris en sérieuse considération.

Rapport

Sur un travail de M. Vieusse, médecin aide-major de 1re classe, à l'hôpital militaire d'Oran, intitulé : *De l'élongation des nerfs dans les paralysies périphériques traumatiques*,

par M. CHAUVEL.

Certaines opérations, et l'élongation des nerfs est de ce nombre, ont la bonne fortune d'être patronnées à leur naissance par des chirurgiens éminents. A peine créées, elles prennent rang dans la science et dans la pratique, elles sont acceptées avec enthousiasme, adoptées du moins sans combat et presque sans discussion. Mais après la faveur des premiers jours, après les succès bruyants, viennent les revers et les insuccès. Alors, la critique reprend ses droits, et la part se fait entre le vrai et le faux, entre les indications justes et les applications abusives.

Dans une étude critique sur l'*Elongation des nerfs*, publiée il y a dix-huit mois dans les *Archives de médecine*, je disais, à propos de l'emploi de cette opération dans les paralysies locales : « Il semble étonnant qu'une action chirurgicale, dont le principal effet est d'interrompre la circulation nerveuse centripète et de produire une diminution de la sensibilité, ait pu être conseillée et utilisée contre l'anesthésie. Cependant un certain nombre de faits plaident en faveur de l'élongation contre certaines paralysies de la sensibilité. » (*Arch. gén. de médecine,* 1881, 7e série, t. VI,

p. 77.) Je citais à ce propos les observations de Blum, de Von Muralt, de Mac Leôd, de Lawrie et de Gérald Bomford.

De ces faits, les deux premiers seulement se rapportaient à des paralysies traumatiques; les autres étaient d'origine mal déterminée, ou bien l'anesthésie dépendait de la lèpre. Je ne sais ce qu'est devenu le malade du Dr Blum, mais une communication récente de Von Muralt (*Corresp. Blatt. für Schweizer Aerzte*, nº 6, p. 173, 1882.) nous apprend que dans l'élongation du nerf radial qu'il avait pratiquée trois ans auparavant pour une fracture, le succès ne s'est pas démenti.

Depuis 1881, aucune observation d'élongation nerveuse pour paralysie traumatique n'a été publiée dans les journaux que j'ai pu consulter. Nous devons donc être reconnaissants à M. le Dr Vieusse de nous communiquer un fait de ce genre. Notre confrère a pratiqué, nous dit-il, l'élongation du nerf radial droit chez un sous-officier qui, à la suite d'un coup de pointe de sabre reçu à la partie supérieure et postérieure de l'avant-bras droit, a vu se développer une paralysie de la sensibilité et une atrophie musculaire dans le département innervé par le *radial* et le *médian*. Je reproduis ici son observation dans ses traits principaux.

Paralysie du nerf radial droit consécutive à une plaie de l'extrémité supérieure et postérieure de l'avant-bras. — Troubles trophiques dans la sphère d'innervation du médian. — Elongation du radial. — Retour de la sensibilité.

Dans un duel, le 5 septembre 1881, un sous-officier reçoit un coup de pointe de sabre à la partie supérieure et postérieure de l'avant-bras droit. L'hémorragie immédiate est assez abondante; mais il n'y a aucun signe de lésion nerveuse, et le blessé sort de l'hôpital le 28 septembre, en apparence parfaitement guéri. Cependant, dès le surlendemain, il éprouve quelques douleurs dans l'avant-bras droit, constate que ce membre est plus faible que le gauche, et que la main tend à se placer en flexion. Cette tendance à une position vicieuse disparaît par l'emploi de moyens locaux, douches, bains, révulsifs; mais bientôt (15 octobre) se produisent des ulcérations sur le pouce, l'index et le médius droits; la peau de l'éminence thénar devient violacée, marbrée, plus chaude que celle de la région thénarienne gauche et constamment baignée de sueur. La sensibilité, émoussée sur le tiers inférieur et externe de l'avant-bras droit, a complètement disparu sur la moitié externe du dos de la main; les mouvements d'extension de la main sont presque abolis, et elle se fléchit de plus en plus.

Le 8 mars 1882, six mois après l'accident, le blessé entre de

nouveau à l'hôpital de Tlemcen. Il existe, à la partie supérieure et postérieure de l'avant-bras droit, 2 centimètres au-dessous du condyle huméral, une cicatrice, rouge, insensible, longue de 2 centimètres, parallèle à l'axe du membre. Atrophie légère de l'avant-bras, coloration rouge, marbrée, de la main droite, atrophie de l'éminence thénar; flexion permanente de la main par paralysie des extenseurs; absence de contracture musculaire et de douleurs; tels sont les premiers phénomènes constatés. Tous les muscles de l'avant-bras droit répondent faiblement à l'excitation du courant induit. Il existe sur la face palmaire de la phalangette de l'index et sur celle du pouce, deux ulcérations arrondies. La sensibilité au toucher, à la douleur et en partie à la température est supprimée dans le tiers externe de la face postérieure de l'avant-bras et à la face dorsale de la main; elle est également abolie au pouce, à l'index et à la moitié externe du médius. Tout le membre supérieur droit est plus sensible au froid que le membre gauche.

L'électricité, les douches, les révulsifs s'étant montrés impuissants, notre confrère se décide à pratiquer la distension du nerf radial. Cette opération est faite le 20 mars 1882, à la partie supérieure du bras, au niveau de l'insertion du muscle deltoïde, d'après le procédé indiqué par Létiévant. Le nerf radial isolé, chargé sur une aiguille de Deschamps et attiré au dehors, présente sa coloration normale, il n'est ni injecté, ni douloureux. « Je n'ai pu apprécier, nous dit M. le Dr Vieusse, la force employée au moment de la traction; je n'avais à ma disposition aucun instrument qui me permît de l'évaluer. Je dois dire cependant, que j'ai tiré sur le nerf jusqu'au moment où la partie qui était sur l'aiguille de Deschamps a été amenée à une distance de 5 centimètres du bras. Pendant l'opération, aucune contraction ne se produisit dans les muscles innervés par le radial. »

Pansement de Lister. Le soir même, on constate un retour restreint de la sensibilité à la face postérieure du pouce et de la main. Dès le lendemain, 21 mars, la sensibilité est complètement revenue dans toute la sphère de distribution du radial, mais il n'y a pas d'amélioration dans les mouvements du poignet, les extenseurs ne se contractent pas. Malgré le Lister, la réunion immédiate échoue.

Le 8 avril, 19 jours après l'élongation : « La plaie est guérie, la sensibilié dans la sphère du radial et du médian est normale, les mouvements d'opposition du pouce s'exécutent plus facilement; mais les mouvements d'extension du poignet se font très difficilement. La main est dans un état de flexion permanente; cependant, les muscles extenseurs répondent facilement à l'excitation des courants induits. » Notre confrère revoit son malade le 5, puis le 27 mai,

plus de deux mois après l'élongation, et constate que si la sensibilité est devenue normale, la paralysie musculaire n'a fait que s'aggraver et les extenseurs ne répondent plus à l'action des courants induits. Le malade est envoyé aux eaux thermales de Guagno.

« Dans cette observation, dit notre confrère, comme dans celles où l'élongation a été pratiquée en vue d'arrêter une névrite, menaçant de se propager vers les centres et d'envahir d'autres branches nerveuses, le résultat poursuivi n'a été atteint que partiellement. Si la sensibilité est revenue immédiatement après l'opération, si les troubles trophiques ont disparu peu de temps après l'intervention chirurgicale, les troubles de la motilité n'ont éprouvé aucun bénéfice de l'élongation.

« On peut donc conclure que pour certaines lésions nerveuses d'origine traumatique, déterminant de la paralysie de la sensibilité et de la motilité, l'élongation fait disparaître promptement les phénomènes d'anesthésie cutanée, mais elle paraît impuissante à combattre la paralysie musculaire et à arrêter l'atrophie des muscles. »

Je ne puis, pour ma part, souscrire d'une façon absolue à cette conclusion, qui ne s'appuie que sur deux observations, celle de Blum et celle de notre confrère de Tlemcen. Tout dernièrement, notre éminent collègue, M. le professeur LeFort, nous faisait connaître un fait d'élongation du nerf médian, amenant la guérison d'une névralgie permanente et de l'atrophie musculaire concommitante. Ici, comme chez le blessé du D[r] Vieusse, le tronc nerveux mis à découvert ne présentait aucune altération évidente. Quelle était donc la nature précise des lésions nerveuses? Il nous est impossible de le déterminer. Les nerfs radial et médian ont-ils été atteints par la pointe du sabre, incomplètement divisés, froissés ou contus? Leur division semble peu probable. Ni le siège, ni la profondeur de la plaie ne sont exactement indiqués, et les accidents paralytiques n'apparaissent qu'au bout de trois semaines. S'agissait-il d'une compression par un épanchement de sang? l'objection est la même; d'un étranglement incomplet dans du tissu cicatri ciel? Impossible de nous prononcer. L'absence de douleurs spontanées ou provoquées, la complication des phénomènes, renden encore les explications plus difficiles.

A côté des troubles de la sensibilité, limités au territoire du radial, des lésions de la motilité, circonscrites aux muscles extenseurs et aux muscles de l'éminence thénar, nous rencontrons des ulcérations cutanées et des troubles trophiques uniquement dans les parties innervées par le médian. Si la main est en flexion permanente par paralysie de ses extenseurs, les mouvements de pronation et de supination sont intacts, et ceux des doigts ne parais-

sent pas avoir été altérés. En somme les lésions ne sont pas circonscrites au territoire du nerf radial; le médian semble également intéressé.

Si, dans ces conditions, notre confrère, voyant l'insuccès des médications ordinaires, s'est décidé à pratiquer l'élongation, pourquoi respecter le médian et se borner au tronc du radial, pourquoi la porter sur une partie aussi élevée de ce nerf? J'avoue ne pouvoir m'expliquer le siège accepté pour la distension, que par l'admission d'une névrite remontant le long du radial; mais l'absence de douleurs spontanées ou provoquées, l'existence des phénomènes paralytiques persistants et nettement circonscrits, plaidaient bien plus, il me semble, en faveur d'une lésion anatomique siégeant au niveau de l'ancienne blessure. C'est là, à la partie supérieure de l'avant-bras, que, pour ma part, j'aurais mis à découvert la branche profonde du radial. Tout au plus aurais-je remonté, comme l'a fait Blum, jusqu'au tiers inférieur du bras, pour faire porter la distension sur le tronc nerveux tout entier; mais je n'aurais pratiqué l'élongation qu'après m'être assuré de l'état des troncs nerveux au siège de la plaie primitive.

Quoi qu'il en soit, l'opération de notre confrère a eu pour son malade un résultat utile, bien que le succès n'ait pas été complet. L'insensibilité a disparu, les troubles trophiques ont diminué, et finalement cessé; seule, la paralysie musculaire persistait sans changement deux mois après la distension nerveuse. Ce résultat est bon à enregistrer. Bien que ses conséquences ne soient pas, jusqu'ici, exactement déterminées, l'élongation des nerfs est entrée dans la pratique. Il est juste de l'étudier, il est permis de l'employer dans les cas rebelles aux traitements ordinaires, car les faits seuls peuvent nous permettre de poser nettement ses indications, de préciser les cas où elle est licite et ceux où elle doit être repoussée.

Le travail de M. le Dr Vieusse n'ayant pas d'autre intérêt que l'observation dont je viens de vous faire connaître les principaux détails, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° De déposer dans nos archives le mémoire de M. le Dr Vieusse;

2° D'adresser des remerciements à l'auteur pour son intéressante communication.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Rapport

Sur un travail de M. Guermontprez, intitulé : *Traumatisme du rachis. Douleurs violentes soulagées par la compression directe et l'extension,*

par M. Terrier.

L'observation présentée à la Société de chirurgie par M. Guermontprez, est malheureusement incomplète, en ce sens que l'auteur n'a pu, comme il le dit, étudier son blessé pendant tout le temps nécessaire.

Quoi qu'il en soit, ce fait pout être résumé en ces termes :

Le 15 janvier 1881, un couvreur tombe d'une hauteur de 10 mètres sur une plaque de fonte recouverte de verglas; le blessé ne peut se relever, mais ne souffre pas.

Transporté au poste de secours, on essaye de l'asseoir et au *même instant* se fait sentir une douleur très violente et localisée, d'une part, dans les deux jambes et, d'autre part, au niveau de la 4e lombaire. En attendant l'arrivée de M. Guermontprez, on soulage le blessé en exerçant une compression soutenue au niveau du point du rachis douloureux.

Le chirurgien ne constate ni tuméfaction, ni ecchymose, ni aucune trace de traumatisme au point signalé plus haut, c'est-à-dire à la région de la 4e lombaire; toutefois il y aurait un peu de crépitation.

De plus, il y a de la parésie et de l'anesthésie des membres inférieurs, on constate l'existence d'une tache spermatique et fraîche sur les vêtements. Enfin pendant deux jours il y eut de la paralysie vésicale.

Des manœuvres d'extension et de contre-extension exercées sur le rachis eurent pour résultat immédiat la complète disparition des douleurs violentes que ressentait le malade. Dès que ces manœuvres étaient interrompues, les douleurs reparaissaient fort vives, elles cessaient quand on les reprenait.

Le lendemain de l'accident, une tumeur fluctuante fut reconnue à la partie inférieure des lombes. Il s'agissait d'une collection de sang qui fut évacuée à l'aide de 3 ponctions étroites faites avec le bistouri.

Ce ne fut que deux mois après l'accident que le blessé put supporter la station assise. Pendant trois mois, il fit usage de béquilles, enfin il finit par guérir complètement et par reprendre son service de cantonnier au chemin de fer du Nord.

Il résulte de cette analyse que le blessé paraît avoir eu une lésion

de la partie inférieure du rachis ayant intéressé ou mieux comprimé quelques-uns des nerfs de la queue de cheval. La nature même de cette lésion nous semble difficile à spécifier, toutefois on peut croire à une fracture, puisque M. Guermontprez a senti de la crépitation; il faut toutefois faire une restriction au point de vue de la crépitation sanguine.

Ce qui plaide encore en faveur d'une fracture, ce sont ces douleurs violentes, résultat immédiat d'une attitude mauvaise, le blessé ayant été assis.

Toujours est-il que, l'extension et la contre-extension soulageant énormément le blessé, il était par conséquent indiqué de les maintenir; l'auteur l'a bien essayé, mais sans succès, le malade ayant dû être transporté à l'hôpital.

Quoi qu'il en soit, les douleurs, d'abord vives, cessèrent dans la soirée et les phénomènes ultérieurs furent peu intéressants ou du moins n'attirèrent pas particulièrement l'attention du chirurgien traitant.

L'auteur conclut de son observation qu'il y a avantage pour le blessé qui souffre, d'établir une compression sur le point lésé et même une extension et une contre-extension du rachis. Nous sommes de son avis, à la condition toutefois que ces manœuvres soient faites avec les plus grandes précautions et qu'elles *soulagent* le blessé.

D'ailleurs, ajoute-t-il, l'abandon de ce *modus faciendi* ne peut déterminer aucun accident fâcheux. Oui, à la condition que la lésion soit peu considérable, car sans cela on peut craindre de nouveaux accidents douloureux dus au déplacement des parties dures, si tant est qu'on ait affaire à une fracture du rachis.

J'ai l'honneur de proposer à la Société d'adresser des remerciements à l'auteur, et de déposer son travail dans les archives.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Fistule recto-vaginale inférieure. — Incision. — Périnéorrhaphie immédiate. — Guérison,

par le Dr Charles Monod.

La malade atteinte de fistule recto-vaginale, dont je vous ai entretenus dans une de nos précédentes réunions, opérée par moi suivant le plan qui avait reçu l'approbation de la majorité d'entre

vous, est aujourd'hui complètement guérie ; — j'ai le plaisir de vous l'annoncer.

Je vous rappelle le fait en deux mots. Il s'agissait, vous vous en souvenez, d'une fistule faisant communiquer le rectum et le vagin, dont l'orifice antérieur était situé à l'entrée de la vulve, immédiatement en arrière de la fourchette ; de là, le trajet se dirigeait obliquement en arrière, dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, pour s'ouvrir dans le rectum à 2 ou 3 centimètres de l'anus. Le trajet lui-même avait une longueur de 3 centimètres.

Cette lésion ne s'était pas produite à la suite d'un accouchement. Elle paraissait avoir succédé à l'ouverture d'un abcès situé dans l'épaisseur de la cloison, dont le contenu s'était fait jour à la fois ou successivement dans le vagin et dans le rectum.

Les tentatives faites à l'aide de diverses substances caustiques, pour amener l'adhésion des surfaces suppurantes, ayant échoué, la malade me fut adressée. Elle entra en octobre dernier à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Dr Cusco, que je remplaçais à cette époque.

Il me sembla qu'il n'y avait plus lieu de recourir à des moyens de l'ordre de ceux qui avaient été précédemment employés et dont l'insuffisance était évidente. Je résolus de m'adresser d'emblée à une opération plus radicale, à l'avivement et à la suture par la méthode américaine.

L'avivement pratiqué par le vagin fut large et exact. Le bord même de l'orifice fut respecté. A l'aide de 5 points de suture en fil d'argent, j'obtins sur une grande étendue l'adossement du pourtour de la solution de continuité. Ce rapprochement fut fait d'un côté à l'autre, suivant l'axe du vagin.

Je n'avais pas grand espoir de succès. Il était, en effet, évident qu'en raison de la longueur relativement grande du trajet fistuleux, et malgré le soin que j'avais mis à comprendre dans l'anse des fils une notable épaisseur de la cloison, il devait rester en arrière, en dehors du champ de leur action, une portion du trajet en libre communication avec le rectum. Alors même que je fusse parvenu à effacer complètement sur toute son étendue la cavité du trajet fistuleux, son orifice rectal devait du moins rester béant, en raison du soin que je mis, suivant le conseil donné par tous les opérateurs, à ne pas faire pénétrer mes fils dans le rectum.

Je devais au reste m'assurer plus tard que la surface interne de la fistule était, dans presque toute son étendue, tapissée d'épithélium, — circonstance qui, en l'absence d'un avivement pénétrant jusque dans l'intérieur du trajet, devait s'opposer au recollement des parties.

Je ne fais que signaler, en passant, la précaution prise par moi,

Paris. — Soc. d'imp. Paul Dupont Cl.). 58.11.82. *Le Gérant*, G. Masson.

au cours de l'opération, de pratiquer la dilatation forcée de l'anus ; j'espérais par là faciliter l'issue des gaz et les empêcher de pénétrer dans la fistule, pendant la période de cicatrisation. La tentative était rationnelle, mais évidemment insuffisante pour triompher des conditions anatomiques fâcheuses précédemment indiquées.



L'insuccès fut en effet complet, en ce sens que si l'on put, il est vrai, reconnaître que l'opération avait amené une légère diminution de l'orifice vaginal de la fistule, celle-ci n'en restait pas moins perméable dans toute son étendue, et continuait à donner passage à des gaz, parfois à des matières liquides.

La malade non découragée par cet échec me suivit, au commencement de cette année (1882) à l'hôpital d'Ivry, dans le service chirurgical dont je venais d'être chargé.

On pouvait constater à cette époque que la légère amélioration obtenue à la suite de la dernière opération s'était maintenue. Il y avait lieu, semblait-il, d'espérer qu'une intervention relativement simple, telle que la cautérisation du trajet avec un stylet rougi, suffirait à achever la guérison. Il était du moins indiqué de recourir à ce moyen avant de procéder à une nouvelle tentative opératoire.

Je me servis pour cela de la pointe galvanique qui offrait cet avantage de pouvoir être introduite à froid dans la fistule. Je ne fis passer le courant, que lorsque je me fus assuré par l'exploration rectale que l'instrument occupait bien toute l'étendue du trajet.

Le résultat obtenu fut déplorable. Après l'élimination des parties cautérisées la fistule demeura plus large qu'auparavant et n'offrit aucune tendance à l'occlusion spontanée.

Une affection intercurrente étant survenue à cette époque, on dut pour un temps s'abstenir de toute intervention. Trois semaines plus tard lorsqu'un nouvel examen put être pratiqué, l'état local était toujours le même. La fistule admettait facilement une grosse sonde cannelée et donnait habituellement passage non seulement aux gaz, mais aux matières demi-solides.

Pressé par la malade qui désirait à tout prix être débarrassée de son infirmité, désireux moi-même de triompher d'une affection qui semblait défier tous mes efforts, éclairé d'autre part, par l'intéressante communication de M. Verneuil[1], sur les difficultés que l'on rencontre toujours dans la cure de ces fistules, quels que soient le procédé employé et le soin apporté à son exécution, je

[1] VERNEUIL. De la cure des fistules recto-vulvaires. Bull. et Mém. de la Société de chirurgie, 8 mars 1882, t. VIII, p. 169.

le parti d'avoir recours à une intervention radicale, en apparence hasardée, mais qui me semblait réunir toute chance de réussite.

Elle consistait en ceci : introduire dans la fistule une sonde cannelée qui pénétrant par le vagin ressortirait par l'anus; inciser au bistouri tous les tissus situés au devant de la sonde, c'est-à-dire fendre le périnée sur toute sa hauteur; le trajet fistuleux étant ainsi largement mis à nu, enlever par dissection ou par râclage toute la surface suppurante; reconstituer ensuite le périnée par un des procédés de périnéorrhaphie habituellement mis en usage.

Ce plan fut mis à exécution le 25 mai avec l'aide de mon excellent collègue et ami le Dr Terrillon. Les détails de l'opération sont consignés dans l'observation que je joins à cette note.

Je me contente d'ajouter que le 3 juin, c'est-à-dire 10 jours plus tard, tous les fils enlevés, la guérison était complète. J'ai revu tout récemment mon opérée (fin septembre), le succès ne s'est pas démenti. L'examen attentif du vagin et du rectum ne permet de découvrir aucun orifice, la malade du reste ne se plaint plus d'aucun trouble fonctionnel. Le périnée a conservé toute sa hauteur et le sphincter anal toute sa force. Il ne reste plus trace de l'opération pratiquée, sinon une ligne cicatricielle presque invisible qui se confond avec le raphé périnéal.

Le procédé qui m'a donné cet heureux résultat n'est pas nouveau. J'ai rappelé dans un travail plus étendu qui sera publié ailleurs [1], que par deux fois, au dire de Michon [2], M. Ricord fit la section du périnée pour des fistules recto-vaginales rebelles, mais sans périnéorrhaphie immédiate. Dans l'un de ces cas le périnée se reconstitua de lui-même par voie de cicatrisation secondaire. Dans l'autre une suture dut être ultérieurement pratiquée.

M. Tillaux[3] a mentionné ici même un fait semblable emprunté à la pratique de Dolbeau (1859). Le périnée fut incisé mais ne se répara pas de lui-même. La périnéorrhaphie faite plus tard par M. Gosselin laissa subsister une fistule ano-vulvaire qui ne fut pas opérée.

Demarquay [4] vous communiquait également en 1874 un fait ana-

[1] Ch. Monod. De la cure des fistules recto-vulvaires et recto-vaginales inférieures par l'incision et la périnéorrhaphie immédiate. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1er déc. 1882, I, p. 46.

[2] Michon. Des opérations que nécessitent les fistules vaginales. Thèse de concours. Paris, 1841, édition in-8° p. 224.

[3] Tillaux. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 1882. Nouv. série, t. viii, p. 347.

[4] Demarquay. *Bulletins de la Société de chirurgie*, séance du 28 octobre 1874. 3e série, t. iii, p. 560.

logue où le résultat fut plus heureux. Après avoir incisé la fistule et le périnée, il ne réunit par la suture que la plaie recto-vaginale et laissa l'incision périnéale se cicatriser par seconde intention comme dans une fistule ordinaire. Il se loue beaucoup de ce procédé qu'il paraît recommander à l'exclusion de tout autre.

Mais c'est au professeur Richet que revient le mérite d'avoir le premier explicitement reconnu que l'incision du périnée suivie d'une périnéorrhaphie immédiate constituait dans certains cas le meilleur mode de traitement des fistules recto-vaginales. Sa première opération date de 1859. Ses idées à ce sujet sont exposées dans la thèse d'un de ses élèves le Dr Serres (1868) [1], et dans une leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu en 1876 [2]. Simon (de Rostock), dans le mémoire important qu'il a consacré à l'étude des fistules recto-vaginales, considére aussi que ce procédé est celui qui doit être employé de préférence dans les petites fistules dont l'orifice n'est pas éloigné de l'anus [3].

Je citerai encore, parmi les travaux parus sur ce sujet à l'étranger, une intéressante observation de Baker Brown [4] qui dès 1854 obtenait par ce moyen le plus beau succès dans un cas où une périnéorrhaphie avait laissé à sa suite une large fistule recto-vaginale.

Rizzoli, dans un mémoire lu à l'Académie de Bologne en 1874, préconise aussi le procédé de l'incision dans le cas de fistules recto-vaginales rebelles ; mais il ne paraît pas croire que la périnéorrhaphie soit nécessaire pour la reconstitution des parties ; la réparation se ferait le plus souvent d'elle-même. Il donne plusieurs observations à l'appui de la pratique qu'il recommande [5].

Vous vous souvenez enfin que cette année même, dans la discussion ouverte au sein de notre Société sur le traitement des fistules recto-vaginales [6], M. Le Dentu et M. Labbé se sont prononcés dans le même sens que la plupart des auteurs que je viens de citer ; le premier, malgré un échec dû au mauvais état général de

[1] L. Serres. Des fistules recto-vaginales considérées surtout au point de vue du traitement. Thèse Paris, 1868, éd. in-8° p. 61 et suivantes.

[2] Richet. De la fistule recto-vaginale. Leçon recueillie par M. Longuet. *Annales de gynécologie*. Juin 1876, t. v, p. 401.

[3] G. Simon. Monatschrift für Geb. t. xiv. p. 439, *et* Prager Vierteljahrschrift prakt. Heilkunde, t. 96. p. 1.

[4] Baker-Brown. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. 1855, p. 302.

[5] Rizzoli. Du traitement de quelques fistules recto-vulvaires. *Memorie dell Academia delle scienze dell'Instituto di Bologna*. S. iii, t. v 1874 et Clinique chirurgicale. trad franc. Appendice. Ch. xiv, p. 140.

[6] Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, 1882, Nouvelle série, t. viii, p. 347.

la malade, le second après une guérison inespérée obtenue grâce à cette pratique.

De l'ensemble des faits, que je viens de vous rappeler sommairement, résultera sans doute pour vous l'impression que le procédé de traitement des fistules recto-vaginales inférieures, que je viens de nouveau défendre devant vous, mérite peut être plus d'attention qu'on ne lui en a accordé jusqu'ici. Vous reconnaîtrez, je crois comme moi, qu'il y a là une ressource précieuse dans le traitement d'une affection rebelle qui trop souvent a déjoué les tentatives les mieux conçues et les plus habilement conduites.

Fistule recto-vulvaire. — Perinéorrhaphie.

Observation recueillie par M. Crespin, interne du service.

L... A..., âgée de 26 ans, entrée le 13 janvier 1882, salle Saint-Paul, lit n° 3 (hospice d'Ivry).

Antécédents. — La malade est accouchée il y a deux ans; pas d'accidents consécutifs.

Pas d'antécédents syphilitiques, ni scrofuleux. On ne trouve rien à l'auscultation qui puisse faire penser à la tuberculose.

La malade n'a pas d'hémorrhoïdes. Elle accuse une constipation habituelle, occasionnant des selles parfois très pénibles. Menstruation toujours régulière.

Vers le mois de mai 1881, elle se rappelle avoir eu deux petits abcès douloureux, faisant saillie du côté du vagin.

Il est difficile de savoir quelle a été la cause de ces abcès.

Au bout de quelques jours, l'un de ces abcès s'ouvrit dans le rectum, l'autre dans le vagin. C'est alors que s'établit la fistule recto-vulvaire; les gaz et matières fecales passèrent en partie par le vagin.

La malade fut opérée une première fois à Marseille le 17 juin 1881, (cautérisation du trajet avec une aiguille rougie à blanc) et une seconde fois le 9 juillet à l'aide du thermocautère. Plus tard on eut recours à des cautérisations répétées à l'aide de la teinture des cantharides. Ces divers moyens n'ayant pas amené la guérison, la malade vint à Paris. Elle entra au mois d'octobre 1881, dans le service du Dr Ch. Monod. L'insuccès des tentatives faites a Marseille, décida M. Monod à ne pas les renouveler, et à avoir immédiatement recours à la suture d'après la méthode américaine. Il aviva largement le pourtour de la fistule par le vagin, en respectant les bords mêmes de l'orifice, et appliqua cinq points de suture en fil d'argent pénétrant profondément dans la cloison recto-vaginale sans atteindre cependant le rectum.

A la suite de cette opération, la fistule diminua de volume, mais ne fut pas oblitérée. On put constater une amélioration sensible dans l'état

de la malade, car les matières stercorales ne passèrent plus par le vagin; les gaz seulement continuèrent à être expulsés par l'orifice vulvaire. La malade entra alors à l'hospice d'Ivry.

État actuel (13 *janvier* 1882).

A son entrée, on constate avec le stylet que le trajet dirigé longitudinalement et à peu près sur la ligne médiane a une longueur de 3 centimètres. L'orifice vaginal est situé immédiatement en arrière de la fourchette. L'orifice rectal est sensiblement plus élevé; il est à 3 centimètres de l'orifice anal.

Les fèces ne passent pas par le vagin; mais les gaz et quelquefois des matières diarrhéïques en très petite quantité s'échappent par la fistule.

On pouvait espérer qu'à l'aide de la cautérisation, il serait facile de compléter le résultat obtenu par l'opération faite à l'Hôtel-Dieu et d'obtenir l'oblitération absolue du trajet.

Le 17 janvier, M. Monod introduit à froid, par le vagin, dans la fistule, une pointe galvanique dont l'extrémité est sentie avec le doigt dans le rectum.

On fait alors seulement passer le courant.

Le trajet avait, nécessairement, été cautérisé dans toute sa longueur, y compris l'orifice rectal de la fistule.

Le lendemain, la malade rend par le vagin quelques matières fécales, et par l'anus un peu de sang. On la constipe pendant plusieurs jours avec de l'opium, 15 centigrammes le premier jour; 05 centigrammes les jours suivants.

Le résultat obtenu fut tout l'opposé de celui qu'on attendait. On dut constater, en effet, quinze jours plus tard que la fistule avait plutôt augmenté par le fait de l'opération; ce n'était plus les gaz seulement, mais bien les matières fécales qui passaient en partie par le vagin au moment de la défécation.

A partir du 10 février jusqu'au mois d'avril, toute intervention nouvelle dut être différée. La malade fut prise d'une affection fibrile, à accès rémittents, et de nature mal déterminée. La température, le soir, oscillait autour de 40°. Le matin, l'apyrexie était habituellement complète. L'accès se montrait dans la forme classique; stades de frisson, de chaleur et de sueur. Il était d'une durée très variable.

Le sulfate de quinine et la liqueur de Fowler donnés à haute dose ne produisirent aucun effet. L'irrégularité dans l'apparition des accès, l'inefficacité du traitement firent penser à une suppuration interne. Mais l'auscultation de la poitrine ne révéla aucune lésion pulmonaire.

L'examen de la fistule du rectum et des culs-de-sac était aussi absolument négatif.

A partir du 18 avril, la fièvre cessa complètement, peut-être sous l'influence de l'alcoolature d'aconit qui était administrée depuis 10 jours, et la malade reprit ses forces assez rapidement.

Le 28 avril, examen de la fistule. Le stylet pénètre facilement du vagin dans le rectum; la longueur du trajet, la situation des orifices

n'ont pas varié. L'orifice vulvaire laisse toujours passer les gaz et quelques matières fécales.

M. Monod songe alors à une intervention radicale. Il résolut de mettre à nu la fistule en fendant le périnée dans toute sa hauteur; d'enlever par dissection les parois du trajet, puis de reconstituer, séance tenante, le périnée, à l'aide d'une périnéorrhapie, faite suivant le procédé ordinairement mis en usage dans les déchirures du périnée.

26 *mai.* — Ce plan fut mis à exécution le 25 mai. Avant de procéder à l'opération, M. Monod introduit dans la trajet fistuleux une sonde cannelée chargée de nitrate d'argent fondu et en cautérise toute la surface. Il voulait éviter ainsi tout oubli dans la dissection de la fistule.

Les parois du trajet, blanchies par l'action du sel caustique, devaient être facilement reconnues au milieu de la surface saignante créée par la section du périnée.

Une autre sonde cannelée fut alors introduite dans l'orifice vaginal et pénétra jusque dans le rectum. Un bistouri, suivant la cannelure de l'instrument, sectionna toutes les parties molles situées au-devant du trajet fistuleux et le trajet lui-même.

Il ne restait plus qu'à enlever avec soin toute la surface suppurante; dissection que le petit artifice indiqué plus haut rendit très facile.

Cela fait et l'écoulement sanguin étant arrêté, il ne restait plus qu'à réunir par la suture les parties divisées: le procédé employé fut celui de Gaillard Thomas et de Hûe (de Rouen). Cinq points de suture profonde furent d'abord appliqués. Le premier pénétrait en arrière à la hauteur de l'anus, et ressortant à la même hauteur du côté opposé, après avoir été conduit dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale. Les quatre autres, étagés à égale distance au-dessus du premier, passant tous dans l'épaisseur de la cloison, permirent un rapprochement exact des deux surfaces saignantes. Cinq points de suture superficielle assurèrent le contact des lèvres de la plaie.

Le pansement consista simplement en compresses imbibées d'eau froide légèrement phéniquée. La surface de la plaie avait été lavée avec la solution phéniquée forte (au 1/20).

On ne plaça point dans la vessie de sonde à demeure. On devait se contenter de pratiquer le cathétérisme 3 ou 4 fois dans les 24 heures.

Opium, 10 centigrammes; le soir, température axillaire 37,2.

26 *mai.*—Nuit assez bonne, température 37. Opium 10 centigrammes. La malade souffre modérément du périnée; 3 lavages avec l'irrigateur dans la journée; cathétérisme.

27 *mai.* — Même état, pas de fièvre. Opium 05 centigrammes; léger suintement périnéal; cathéthérisme.

28 *mai.* — Même état; un peu d'uréthrite déterminée par le passage de la sonde; pas de fièvre.

29 *mai.* — On enlève les 5 fils superficiels; la plaie a bon aspect; pas de suppuration.

1[er] *juin.* — Même état; la malade se plaint de douleurs assez vives

au périnée, du côté gauche, au niveau des chevilles sur lesquelles les fils profonds sont fixés.

3 juin. — On enlève les 5 fils profonds et les tubes de Galli: deux fils présentent vers leur partie moyenne 1 millimètre environ d'oxydation.

La plaie est bien cicatrisée. A gauche, petite ulcération superficielle déterminée par la présence de la cheville; elle occasionne d'assez vives douleurs. Pansement avec vaseline.

La malade qui était restée constipée depuis la veille de l'opération, a le soir des selles assez faciles et abondantes. Rien ne passe par le vagin.

4 juin. — On purge la malade avec de l'huile de ricin; les matières diarrhéiques ne passent plus dans le vagin, non plus que les gaz.

7 juin. — La petite ulcération superficielle est complètement guérie. La malade accuse un peu de tenesme rectal qui disparaît le lendemain.

26 juin. — La malade sort de l'hôpital complètement guérie. Il n'y a plus trace de fistule. Le périnée est reconstitué dans toute sa hauteur. Le sphincter anal a toute son énergie : le doigt introduit y est serré avec force.

Examen histologique pratiqué par M. Arthaud, chef du laboratoire de l'hospice d'Ivry.

Sur une coupe longitudinale, on voit vers les deux orifices de la fistule un épithélium pavimenteux, se prolongeant dans l'intérieur du trajet. Les parois de celui-ci sont formées de tissu fibreux infiltré de noyaux embryonnaires. Au centre du trajet, il n'est plus possible de trouver trace d'épithélium; il disparaît graduellement en présentant des altérations de plus en plus considérables, altérations dues peut-être à la cautérisation produite par le nitrate d'argent, dont l'action paraît avoir été plus énergique à la partie moyenne du trajet que sur les bords des orifices fistuleux.

Nota. — La malade a été revue fin septembre 1882, la guérison s'est maintenue.

Discussion.

M. Després. Si M. Monod avait intitulé son travail fistule recto-vulvaire, je serais d'accord avec lui, mais je ne crois pas qu'on guérisse ainsi les fistules recto-vaginales vraies.

M. Labbé. Je ne puis souscrire à l'idée de M. Després, car j'ai guéri une fistule recto-vaginale très élevée dans ces conditions et je pense que le procédé doit s'appliquer à la cure des fistules recto-vaginales qui ont résisté aux autres moyens.

M. Monod. M. Labbé a répondu pour moi, et j'ajouterai que

l'opérée de Demarquay était dans le même cas que celle de M. Labbé.

D'ailleurs les fistules recto-vulvaires, comme les décrit Serres dans sa thèse, ne sont que des fistulettes, qui ne nécessitent pas un traitement de ce genre.

M. Després. Les fistules recto-vulvaires ne sont pas toujours aussi insignifiantes, leur importance varie avec l'épaisseur de la vulve qui est différente suivant que les femmes sont vierges ou non et qu'elles ont eu plus ou moins d'enfants. D'ailleurs il y a une limite, c'est l'insertion de l'hymen, au dessous sont les fistules vulvaires, tout ce qui est au dessus est recto-vaginal.

M. Monod. Dussè-je accorder à M. Després que chez ma malade la fistule était recto-vulvaire, il n'en reste pas moins établi que plusieurs des guerisons obtenues l'ont été sur des fistules incontestablement recto-vaginales.

Présentation de pièces.

Tumeur du maxillaire inférieur

Par M. **MONOD.**

M. Monod présente un fragment de maxillaire inférieur, provenant d'une femme opérée par le professeur Verneuil.

Cette femme atteinte depuis nombre d'années d'une tumeur de la mâchoire inférieure, qui avait progressé lentement mais avait fini par acquérir un développement énorme (elle s'étendait de la paupière inférieure à l'os hyoïde) présentait cette particularité clinique intéressante que la sensibilité du menton était conservée du côté malade.

Il était peu probable que, en présence d'une lésion aussi considérable de la machoire, le nerf dentaire fut conservé intact et l'on supposait que la sensibilité de la région indiquée provenait plutôt d'une sorte de suppléance nerveuse due à l'intégrité du nerf dentaire du côté opposé.

L'examen de la pièce montra que cette hypothèse était sans fondement.

En effet le maxillaire fut trouvé plutôt déformé que détruit par la production morbide.

Les deux lames de l'os étaient écartées de façon à représenter une écaille horizontale, dont les bords et les faces étaient usés, érodés par le néoplasme plutôt que détruits par envahissement.

La partie compacte de l'os, dans laquelle le canal dentaire est creusé était intacte, et l'on pouvait voir le nerf dentaire, bien conservé, pénétrer et parcourir le canal.

L'étude histologique de la tumeur n'a pas encore été faite mais d'après les signes observés pendant la vie, comme d'après l'examen de la pièce à l'œil nu, il ne s'agit certainement pas dans ce cas d'un carcinome du maxillaire mais d'une tumeur du genre des enchondromes et enchondro-sarcomes peut-être d'une production d'origine dentaire.

Un examen plus exact sera fait et communiqué à la Société.

Dès maintenant M. Monod attire l'attention sur ce fait anatomique et clinique signalé depuis longtemps déjà par Forget, à savoir que dans les tumeurs non cancéreuses du maxillaire inférieur, le canal dentaire et par suite le nerf du même nom demeurent longtemps intacts; que par conséquent la recherche de la sensibilité dans la région du menton peut être d'un précieux secours pour le diagnostic, et influer utilement sur la décision du chirurgien consulté sur l'opportunité d'une intervention opératoire[1].

M. Farabeuf demande si le nerf dentaire avait subi un allongement.

M. Monod répond que l'altération profonde des parties ne lui a pas permis de se rendre compte du fait.

Lecture.

M. Boully, lit une note sur la *corde epiploïque*, ce travail est renvoyé à M. Nepveu.

La séance est levée à 5 h. 20.

Le secrétaire,

Périer.

[1] Forget, *Recherches sur les kystes des os maxillaires et leur traitement*, Thèse Paris, 1840, n° 156; et *Mémoire sur les kystes des os maxillaires et leur traitement*, Mémoires de la Société de chirurgie, t. III. p. 220, 1852-53.

Séance du 25 octobre 1882.

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Lyon médical. — Loire médicale. — Revue médicale. — Montpellier médical. — Revue médicale de l'Est. — Revue de chirurgie.—Revue de médecine. — Revue scientifique.*

3° *British medical. — Gazette médicale italienne Lombarde. — Annales d'anatomie et de chirurgie de New-York. — Chronique médico-chirurgicale de la Havane. — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.*

4° Des lettres de candidature pour la place de membre titulaire adressées par MM. les Drs Bouilly, Blum et Schwartz.

5° M. Verneuil dépose sur le bureau : une observation de M. Longuet (de Bourges), intitulée *Névralgie et tic douloureux de la face. — Elongation du nerf dentaire.* (Rapporteur : M. Chauvel).

6° *De la Trachéotomie et de la laryngotomie par le Trocart-trachéotome,* par le Dr Jacolot de Lorient.

5° *De l'ostéomyélite ancienne du fémur. — Vaste collection purulente. — Hémorragies successives de l'artère poplitée. — Ligature. — Mort.*, par M. Bouilly (Rapporteur M. Monod.)

A propos du procès-verbal.

De la perforation des artères au contact des foyers purulents ou inflammatoires,

par M. Charles MONOD.

On a contesté dans la dernière séance la possibilité de la perforation spontanée des artères, au contact de foyers purulents ou

inflammatoires, en dehors de toute cause mécanique adjuvante. Je vous ait dit qu'à propos des faits dont je vous ai entretenu, j'avais commencé quelques recherches sur ce sujet. Ces recherches, je les ai poursuivies et viens vous en présenter aujourd'hui le résultat.

J'ai réuni, dans le tableau que je joins à cette note, 88 observations dans lesquelles, au cours d'une affection inflammatoire et le plus souvent suppurée des os ou des parties molles, une hémorragie artérielle grave, ordinairement foudroyante, est brusquement survenue.

Dans quelques cas, l'intervention opératoire, incision, raclage des trajets fistuleux ou drainage du foyer a pu être incriminée.

Le plus souvent aucune action de ce genre n'est intervenue.

J'ai cherché si l'état général du malade pouvait être mis en ligne de compte pour expliquer l'hémorragie, je dois dire que contre mon attente cette condition pathogénique, considérée par quelques-uns comme capitale, est loin d'être toujours réalisée.

En dehors des cas, mis par moi à part dans le tableau ci-joint, et qui sont seulement au nombre de neuf, dans lesquels le malade avait été atteint de scarlatine ou de fièvre typhoïde, je n'ai trouvé que deux cas ou l'hémorragie pouvait être rapportée à une septicémie avérée.

Souvent par contre il s'agit de gens épuisés et affaiblis par des suppurations osseuses prolongées ou d'individus en puissance de tuberculose.

Permettez-moi pour apporter un peu de clarté et de précision dans cet exposé, de parcourir rapidement avec vous, les diverses catégories de cas que j'ai réunis.

I. Amygdalites primitives

J'ai placé en première ligne ces faits vraiment curieux, où au cours d'une amygdalite suppurée simple, c'est-à-dire survenant chez un individu ayant toutes les apparences de la plus parfaite santé, apparaît brusquement, sans que le chirurgien soit intervenu, une hémorragie foudroyante, et cela au 8e jour d'une maladie dont les allures sont d'ordinaire des plus bénignes. L'observation de Caytan (n° 1 du tableau,) est un type des cas de ce genre [1].

Un homme de 38 ans, de bonne constitution, sujet aux abcès de l'amygdale, malade depuis 8 jours, présente une énorme tumeur de l'amygdale. On diffère l'incision, l'ouverture spontanée paraissant sur

[1] Caytan. *Annales de la Soc, méd. chir. de Bruges* (mai, juin 1860) et *Journal de médecine de Bruxelles*. Oct. 1860, t. II, p. 380.

le point de se faire. Elle se produit en effet une heure plus tard, mais en même temps une hémorragie foudroyante se déclare qui emporte le malade en quelques minutes.

On admit que la carotide interne avait été ulcérée par le pus.

L'auteur fait remarquer avec juste raison que si l'ouverture avait été faite au bistouri, l'hémorragie aurait certainement été attribuée à la maladresse de l'opérateur.

On peut se demander si Chassaignac [1], dans le cas bien connu dont il vous a rapporté l'histoire, ne s'est pas trouvé en présence d'un fait semblable. Ponctionnant par la bouche une tumeur qu'il pensait être un abcès rétro-pharyngien, il vit se produire une hémorragie qu'il ne put arrêter que par la ligature de la carotide primitive. Chassaignac invoqua comme cause probable de l'accident une anomalie de la carotide. On peut admettre avec notre collègue M. Ehrmann, dont je vous signalerai plus loin l'important travail, que, dans ce cas, l'abcès, au moment de l'accident, avait déjà amené la perforation de l'artère.

A l'appui de cette hypothèse je citerai immédiatement l'observation de Mac Gregor (n° 2), dans laquelle fort heureusement pour la réputation du chirurgien l'intervention fut différée [2].

Un homme de 21 ans, de bonne santé habituelle, est admis à l'hôpital, présentant les signes ordinaires d'une angine tonsillaire double; il y avait de plus une rougeur inusitée de la partie postérieure du pharynx. Ces symptômes se calment; mais il reste de la douleur de l'arrière gorge, de la gêne de déglutition, des souffrances dans les muscles cervicaux et enfin une tuméfaction au côté droit du cou vers l'apophyse mastoïde. On ne savait à quelle affection rattacher ces phénomènes, d'ailleurs ils allaient en s'atténuant, lorsque subitement une hémorragie formidable, se faisant à la fois par le nez et par la bouche, emporte le malade en quelques minutes.

A l'autopsie : du côté droit, à la base du crâne, au devant de la colonne vertébrale, on trouve un abcès d'un pouce de diamètre et de trois pouces de long. La carotide interne communiquait avec cet abcès par un orifice admettant une petite bougie. D'autre part le foyer purulent s'ouvrait dans le pharynx à la hauteur du cornet inférieur, derrière la trompe d'Eustache.

Il est clair que dans ce cas encore si cette collection plus acces-

[1] CHASSAIGNAC. *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1859, t. X, p. 83, 86, 137, 219.

[2] MAC GREGOR. Obs. comm. à LISTON. (*On a variety of false aneurism*. Broch. in-8°, Londres, 1842, p. 29.)

sible avait été ouverte au bistouri, la mort du malade aurait paru être la conséquence directe de l'opération.

M. Le Fort[1], rapportant le cas cité plus haut de Caytan, dit avoir observé lui-même un fait à peu près semblable à Lille en 1848. Le chirurgien devait pratiquer à la visite l'extirpation d'une amygdale hypertrophiée et ulcérée; quelques instants avant son arrivée dans la salle, une hémorragie foudroyante fit mourir le malade en quelques minutes.

L'ulcération plus profonde qu'on n'avait cru d'abord avait ouvert l'artère carotide interne.

Quelle était la nature de cette ulcération? L'observateur ne le dit pas. Aussi laissons-nous ce fait de côté, ainsi que ceux de Smith, de Graham, de Mayo rapportés par Ehrmann[2] dans lesquels l'hémorragie a été provoquée par des ulcères de l'arrière-gorge survenant chez des tuberculeux ou des syphilitiques.

La nature de l'affection reste douteuse. D'ailleurs il est facile de comprendre que le processus ulcératif dans ces cas se soit étendu à la carotide.

Le fait de Caytan où il s'agit d'un abcès simple de l'amygdale est au contraire tout à fait démonstratif et paraît bien montrer que le voisinage d'un foyer purulent peut suffire à amener la perforation d'une artère volumineuse.

Les deux observations suivantes ne sont pas moins convaincantes. Elles ont de plus cette supériorité sur celle de Caytan que la lésion artérielle a été constatée à l'autopsie.

L'une appartient à Méry (n° 3); elle a été brièvement mentionnée par Dauvé à propos d'un cas que nous aurons occasion de citer plus loin. Il s'agit encore ici d'un abcès de l'amygdale ayant amené une hémorragie foudroyante; à l'ouverture du cadavre, on trouva la carotide perforée[3].

L'autre a été rapportée par Carmichaël (n° 4). On remarquera le très jeune âge du sujet et la marche extrêmement rapide des accidents[4] :

Un enfant âgé de 5 semaines prend froid dans une sortie. Deux jours après symptômes fébriles, engorgement des glandes du cou, gêne respiratoire et dysphagie. 48 heures plus tard ces symptômes s'accentuent, on craint un abcès rétro-pharyngien. Au moment où le médecin, appelé en consultation, arrive dans la chambre de l'enfant,

[1] Gazette hebdom., de Paris, 4 mai 1862, p. 300.

Mémoire cité plus loin. *Bulletins de la Soc. de chir.*, 1878, p. 670.

[3] MERY. Cas inédit rapporté par Dauvé. *Bulletins de la Soc. de chir.*, 1870, p. 282.

CARMICHAEL. *Edinb. medical Journ.* 1881, juillet, p. 24 et *Rev. des Sciences médic.* 1882, avril, t. I, p. 622.

celui-ci vomit un flot de sang et meurt en quelques secondes.—L'autopsie fit voir un abcès rétro-pharyngien communiquant avec la cavité post-amygdalienne et ayant donné lieu à une ulcération d'une des branches de la carotide externe.

Enfin vous avez sans doute conservé le souvenir de l'intéressant mémoire qui vous a été lu par notre collègue M. Ehrmann (de Mulhouse) (n° 5), à propos d'une observation qui se résume ainsi : *phlegmon de la région amygdalienne chez un jeune homme de 22 ans, en apparence bien portant ; ouverture spontanée de l'abcès au huitième ou neuvième jour*; *hémorragie foudroyante, ligature de la carotide primitive, guérison* [1].

Bien qu'il n'ait pas été possible ici de constater anatomiquement le point de départ de l'hémorragie, il ne semble pas douteux, en raison de son extrême abondance et de sa soudaineté, que la carotide interne ait été lésée ou du moins une des grosses branches de la carotide externe.

M. Ehrmann, dans son mémoire et dans la discussion qui s'est ouverte à la suite de sa lecture, a répondu aux objections qui pouvaient être soulevées de ce chef. Les détails de son observation, les faits semblables ou analogues qu'il a recueillis dans les auteurs sont, croyons-nous, de nature à entraîner la conviction.

J'ajoute que, pas plus dans le cas d'Ehrmann que dans celui de Caytan, l'état général du malade n'était de nature à expliquer la production de l'hemorragie. Ce point a été particulièrement mis en relief par Ehrnann qui savait que, pour certains auteurs, pareil accident ne se produit guère qu'à la faveur de certaines conditions morbides générales diathésiques ou acquises.

Ces conditions se trouvent au contraire réalisées dans les observations de notre second groupe.

II. — SUPPURATIONS SECONDAIRES (SCARLATINE, FIÈVRE TYPHOIDE).

Il s'agit ici de faits analogues aux précédents, mais observés dans la convalescence des fièvres graves, presque toujours à la fin ou au cours d'une scarlatine. On verra en effet que, sur les neuf cas que nous avons réunis, huit fois l'hémorragie est survenue chez des sujets atteints ou convalescents de scarlatine.

C'est d'abord l'observation (n° 6) du professeur Immermann (de Bâle) citée par Ehrmann : *abcès tonsillaire profond survenant chez un jeune homme de 17 ans au huitième jour d'une scarlatine jus-*

[1] EHRMANN. Remarques sur un cas de ligature de l'artère carotide primitive, nécessité par une hémorragie consécutive à l'ouverture spontanée d'un phlegmon de la région amygdalienne. *Bulletins et Mém. de la Soc. de chir.*, 1878, p. 664.

que là normale ; hémorragie subite par la bouche et par le nez ; mort en moins de cinq minutes. L'autopsie montre que l'abcès avait perforé la carotide [1].

C'est encore les faits de Lovegrove (n° 7) et de Gûterbock (n° 8): parotidites suppurées dans la convalescence de scarlatines chez des enfants de 2 et de 9 ans; hémorragie mortelle; perforation de la carotide externe, constatée à l'autopsie dans le cas de Gûterbock[2], supposée dans celui de Lovegrove [3].

Les observations de Fraser (n° 9) et de Fergusson (n° 10) sont presque semblables ; elles ne diffèrent que par le siège de l'artère lésée.

Dans la première il s'agit encore d'une malade parvenue au 26e jour d'une scarlatine, reprise de fièvre et d'un gonflement inflammatoire dans la région latérale gauche du cou.

Huit jours plus tard, les symptômes locaux et généraux étant amendés et la malade sur le point de quitter l'hôpital, hémorragie subite, froudroyante, par la bouche; mort en un quart d'heure. A l'autopsie, abcès à contenu fétide, ouvert dans le pharynx et ayant perforé la carotide interne.

Dans l'observation de Fergusson[5], c'est la linguale qui est intéressée.

Adénite suppurée survenant au décours d'une scarlatine chez une enfant de neuf ans. L'abcès est ouvert. Quelques jours après hémorragies répétées à courts intervalles entraînant finalement la mort de la malade. A l'autopsie on trouve une petite perforation de la linguale à son origine, admettant à peine un stylet de trousse.

Des deux faits communiqués par Roth (n°s 11 et 12) à la Société médicale de Bâle [6], le second, dans lequel l'aorte fut trouvée perforée, est particulièrement intéressant. Je les résume comme il suit :

1° Jeune fille, 16 ans. Scarlatine grave. Mort au 12e jour par ulcération de la carotide externe dans un plegmon du cou.

[1] IMMERMANN (de Bâle). Obs. inéd. communiquées à Ehrmann. *Mém. cité* p. 666.

[2] GUTERBOCK. Die Verletzungen des Halses. *Vierteljahrs. f. gericht. Medic.*, 1873, N. F. XIX, p. 1.

[3] LOVEGROVE. *Lancet*, 21 mai 1870 et *Union médicale*, 1870, p. 1021.

[4] FRASER. *Edinb. medic. Journal*, août 1872, t. XVIII, p. 180, n° 206 et *British medic. Journal*, 1872 et *Gazette hebd.*, 1873, p. 43.

[5] FERGUSSON. Obs. comm. à Liston et publiée par lui dans *Broch. citée*, 1842, p. 30.

[6] ROTH, *Soc. médic. de Bâle*, 9 mai 1878. —*Corresp.Bl. f. Schweiz. Aerzte*, n° 24, p. 743. Déc. 1878, et *Revue des Sc. médic.*, 1880, t. XVI, p. 637.

2° Enfant de 4 ans. Scarlatine. Mort au 15e jour. Foyer sanieux purulent, d'origine ganglionnaire, situé entre la partie inférieure de l'œsophage et l'aorte et communiquant avec ces deux organes.

Un fait cité par Breschet (n° 13) et que nous rapporterons plus loin (abcès du médiastin ouvert dans l'aorte) est le seul qui ait été observé dans la convalescence de la fièvre typhoide.

III. ADÉNITES.

A. — *Adénites cervicales*

Je place en tête de ce groupe un des deux cas, mentionnés plus haut, dans lesquels l'hémorragie, survenant chez un individu en puissance de septicémie, put être, comme dans ceux dont il vient d'être question, mise au compte de l'état général du malade.

C'est l'observation bien connue de Dauvé (n° 14) qui vous a été lue par M. Verneuil, au nom de son auteur, dans votre séance du 20 juillet 1870. Je la résume en ces termes : *adénite profonde suppurée du cou; ouverture par caustique; pyohémie; hémorragies répétées à l'extérieur et par la bouche; hémorragie finale foudroyante* [1].

L'autopsie fit découvrir une ulcération siégeant à la fois sur la carotide primitive et sur la carotide externe et une perforation du pharynx. Le foyer de suppuration était divisé en deux poches, l'une superficielle correspondant aux ouvertures faites par le caustique, l'autre profonde, communiquant avec la première par un orifice relativement étroit, qui correspondait à l'ulcération des vaisseaux. Celle-ci ne pouvait donc être attribuée à l'action de la cautérisation pratiquée.

L'observation de J. Miller (n° 15), (*abcès du cou, ouverture dans la carotide primitive, la trachée et l'œsophage*) doit être rapprochée de la précédente, à cette différence près que la prompte apparition de l'hémorragie, survenant 3 jours après l'incision pratiquée, ne permet pas de supposer que la septicémie puisse ici être mise en cause [2].

Je ferai remarquer, cependant, qu'après une première ouverture au bistouri, qui donna issue à du pus louable et très abondant, il fallut le lendemain écarter avec la sonde les lèvres de la plaie qui s'était en partie refermée; le pus que l'on fit écouler de la sorte était fétide. Vingt-quatre heures après, la malade mourait d'hémorragie.

[1] DAUVÉ. *Bullet. de la Soc., de chir.*, 1870, 2e série, t. XI, p. 281.

[2] JAMES MILLER. Obs. présentée à la *Medico-chir. Soc. of Edinbourg*, in *Monthly Journal of medical Science*, juin 1855, t. XX, p. 552.

A l'autopsie, on trouva un vaste abcès situé au-devant de la carotide, ouvert dans celle-ci à sa partie moyenne; et un second abcès plus petit, ouvert dans la trachée et l'œsophage. Le début de l'affection (gonflement du cou, ayant toutes les apparences d'une adénite), remontait à sept semaines. La malade était âgée de 41 ans.

J'insiste sur ces détails, car le fait est étrange et d'explication difficile:

Étrange aussi est celui de Savory (n° 16), publié l'an dernier dans les *Medico-chirurgical Transactions*, sous ce titre : *Abcès du cou ayant détruit sur une grande étendue l'artère carotide, la veine jugulaire et le pneumo-gastrique*[1].

Il s'agit d'un homme de 31 ans apporté à l'hôpital dans un état de mort apparente à la suite d'une hémorragie abondante. Les renseignements recueillis manquent de précision. Il semble, cependant, que depuis deux ans le malade avait une *grosseur* au côté gauche du cou. Il ne s'en préoccupait guère, lorsque subitement, trois jours avant son admission, elle se rompit donnant lieu à une hémorragie formidable. Un appareil compressif arrêta momentanément l'écoulement sanguin qui se reproduisit cependant par intervalles les trois jours suivants. L'appareil enlevé, Savory constata l'existence d'un orifice admettant facilement le doigt, conduisant dans une vaste cavité remplie de caillots; elle s'étendait derrière le sterno-mastoïdien jusqu'à la partie inférieure du cou. Le sang coulait à flots dès qu'on cessait la compression. On agrandit l'ouverture et l'on reconnut : 1° qu'aucun orifice vasculaire, susceptible d'être lié, ne pouvait être découvert; 2° que la poche s'étendait trop bas pour que l'on pût jeter une ligature sur la carotide. La poche fut comblée avec des tampons imbibés de perchlorure de fer maintenus par une bande exerçant de la compression. Mort quatre jours après, sans hémorragie nouvelle. A l'autopsie, on découvrit une vaste cavité occupant le côté gauche du cou, extérieure au sterno-mastoïdien et s'étendant du cartilage cricoïde à l'artère sous-clavière qui était saine. L'artère carotide, la veine jugulaire et le pneumogastrique étaient détruits sur une étendue correspondante. La carotide pénétrait dans cette cavité et s'y terminait par une extrémité libre longue d'un pouce et demi; le bout périphérique de l'artère, situé à deux pouces de distance du bout central était libre également. Les deux orifices artériels étaient obturés par un caillot solide.

Une figure annexée au mémoire de Savory représente cette curieuse disposition.

Il importe d'ajouter que la portion d'artère contenue dans la

[1] Savory. A case of abscess in the neck which in its course destroyed a large portion of the carotid artery, jugular vein and pneumogastric nerve. *Medico-chirurgic. Transactions*, 1881, t. 64 (2e série, t. 46), p. 21, 24, fig.

cavité possédait ses trois tuniques intactes, et que, nulle part, on ne put découvrir une continuité de structure entre les parois de la cavité et celle de l'artère. On dut en conclure que la tumeur n'était pas un anévrysme de la carotide. D'ailleurs, les parois de la poche ressemblaient absolument à celles d'un abcès. Tout autour, les ganglions du cou étaient augmentés de volume; les plus voisins de la tumeur étaient englobés dans ses parois.

On peut admettre que dans ce cas, comme dans celui plus connu de Liston, la carotide perforée au contact du pus s'était mise en large communication avec la cavité de l'abcès.

Telle fut l'interprétation adoptée par ce dernier auteur dans le fait célèbre qu'il a observé (n° 17). Elle a été, depuis lors, admise par ceux qui ont examiné de près les circonstances dans lesquelles se produisit ce cas vraiment curieux.

Les contemporains du chirurgien anglais ne partagèrent cependant pas tous son avis, et une polémique assez vive s'éleva à ce sujet dans les journaux du temps. Les collègues de Liston refusèrent d'insérer l'observation qui leur avait été lue dans les Bulletins de la Société médicale et chirurgicale de Londres, et l'auteur dut l'imprimer à ses frais dans une brochure devenue aujourd'hui fort rare[1].

Le fait est trop important et tient de trop près à notre sujet pour que nous n'en donnions pas une courte analyse.

Un jeune garçon de 9 à 12 ans, de santé assez délicate, se présente à Liston, offrant au cou, sous l'oreille droite, une tuméfaction volumineuse datant de deux mois environ.

Elle s'étendait transversalement de l'angle de la mâchoire au bord postérieur du sterno-mastoïdien; elle descendait en bas jusqu'à un pouce de la clavicule; en haut, elle faisait saillie dans la bouche, gênant la respiration et la déglutition.

Cette tumeur était obscurément fluctuante. Elle présentait de légers battements attribués au voisinage de la carotide, mais point de pulsations expansives comparables à celles d'un anévrysme. — Liston crut à un abcès, et fit une petite ponction au bistouri. Un jet de sang artériel s'échappe aussitôt; une suture entortillée suffit à l'arrêter.

Dès le lendemain, ligature de la carotide primitive qui dût être pra-

[1] Liston. On a variety of false aneurism by Rob. Liston (*read to the Royal medical and surgical Society*, March 8 th. 1842. *Printed at the author's expense for distribution among the members*), 8 vo. pp. 39, J. Palmer, London. Cette brochure se trouve à la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris, coll. in-8°, t. 144, n° 8.

Ce fait est habituellement cité d'après une longue analyse critique parue dans *The British and foreign medical Review*, 1843, t. XV, p. 155.

tiquée très bas, à l'origine de l'artère, à cause du volume considérable de la tumeur. Tout sembla, dès lors, marcher à souhait; la tumeur diminuait de volume; le malade allait bien; lorsque, treize jours après la ligature, le fil tenant encore, une hémorragie se produisit par la plaie faite pour la pratiquer. Elle est facilement arrêtée par la compression, mais reparaît bientôt plusieurs fois de suite et finit au bout de deux jours par emporter le malade.

A l'autopsie, on trouve une vaste poche à la face externe de laquelle adhérait la carotide primitive au niveau de sa bifurcation. Au même point, une perforation de l'artère, mesurant 3 lignes en largeur et 2 lignes 1/2 de longueur, faisait communiquer le vaisseau avec la poche. Les bords de la perforation étaient nets; au delà, l'artère était intacte et ne présentait aucune trace de dilatation. Les parois et la surface interne de la cavité étaient semblables à celle d'un abcès.

Pour Liston, l'abcès avait été la lésion primitive; l'ouverture du vaisseau s'était produite secondairement. Il était résulté de cette double altération une variété rare d'anévrysme faux, dans lequel la poche était constituée par la cavité même de l'abcès, distendue et agrandie par la pénétration du sang artériel.

Je renvoie au mémoire de l'auteur pour plus amples détails sur les preuves qu'il apporte à l'appui de l'opinion qu'il défend, et pour la réponse qu'il fait aux objections qui lui avaient été présentées.

Je disais tout à l'heure que la plupart des auteurs qui ont rapporté ce fait se sont rangés à l'avis de Liston. Je rappellerai seulement ici que Robert, dans sa thèse sur les anévrysmes sus-claviculaires, crut devoir admettre sans conteste l'interprétation de Liston[1]. Il en rapproche une curieuse observation de Breschet (n° 13) dont nous avons déjà fait mention. Elle est pour lui exactement de même nature que celle de Liston. On en jugera d'après le résumé suivant :

Une jeune fille, convalescente de fièvre typhoïde, est affectée successivement de trois abcès (nuque, dos, région sacrée). Une quatrième tumeur se développe à la partie supérieure et extérieure du thorax, s'étendant au côté gauche du cou, remontant en ce sens jusqu'à l'apophyse mastoïde, en suivant la direction du sterno-mastoïdien. — Tumeur fluctuante, sans rougeur, sans chaleur ni douleurs marquées; sans battements; ne diminuant pas par la pression. — On suppose qu'il s'agit d'un quatrième abcès. Ponction. Jet de sang noir dont la force diminue jusqu'à l'entière évacuation du foyer.

Nul accident tout d'abord ; mais, dans la nuit, le foyer se remplit de

[1] ROBERT. Des anévrysmes de la région sus-claviculaire. *Thèse pour le concours de cliniq. chirur.* Paris, 1842, in-8°, p. 81.

nouveau et le sang mouille le pansement. La tumeur augmente de volume et les pulsations y deviennent manifestes. L'état général s'aggrave. Mort quelques jours après.

A l'autopsie : tumeur volumineuse, formée de deux parties, l'une située hors de la poitrine, allant du sternum à l'apophyse mastoïde ; l'autre, dans le thorax, en rapport direct avec la crosse de l'aorte. Ces deux parties communiquaient ensemble par une ouverture que présentait le sternum.

Cette tumeur ouverte, on trouva une cavité remplie de caillots, mais non disposés en couches concentriques comme dans un anévrysme.

Le sternum était très altéré et tombait en parcelles au moindre effort.

L'aorte n'était pas dilatée, mais, sur la face antérieure de la crosse, se voyait une perforation mesurant 1 ligne 1/2 de long sur 1 ligne de large[1].

Un dernier fait, celui de Craigie (nº 18), cité par Liston, appartient encore à la même catégorie[2] :

Une tumeur fluctuante de la partie supérieure du cou, développée chez une femme robuste de 28 ans, fournit à la ponction un peu de pus teinté de brun. Deux heures après hémorragie par la bouche ; elle se reproduit à trois reprises dans la soirée et la nuit. Mort le lendemain matin.

L'autopsie montre qu'il s'agissait bien d'un abcès. Il s'était ouvert dans le pharynx. Les carotides externe et interne étaient à nu dans le foyer, ainsi qu'une petite portion de la carotide primitive. On découvrit deux perforations : l'une siégeant au niveau de la bifurcation du tronc commun, l'autre un peu plus haut sur la carotide interne.

La lésion artérielle paraît bien, ici encore, avoir été consécutive à la formation du foyer inflammatoire.

Je ne ferai que mentionner en passant, et devrai peut-être passer complètement sous silence l'observation de Mackmurdo (nº 19)[3]. Elle a été cependant considérée par Crisp, et par quelques auteurs après lui, comme un exemple des désordres qu'une

[1] Observation rapportée par Breschet, en note, dans sa traduction de Hodgson. *Traité des maladies des artères et des veines,* trad. de l'anglais, par G. Breschet. Paris, 1819, t. I, p. 131.

[2] Craigie. *Edinb. monthly medic. and surgical Journal.* Oct. 1837 et Liston, *broch. cit.*, p. 14.

[3] Mackmurdo. Anév. artério-veineux de la carotide interne et de la jugulaire consécutif à une inflam. strumeuse des ganglions du cou. *Obs. com. à* Crisp *et publiée par lui dans* A treatise of the structure, diseases and injuries of the blood-vessels. London, 1847, p. 283.

adénite cervicale chronique peut produire dans les vaisseaux au voisinage desquels elle se développe. L'artère carotide interne, complètement séparée du tronc commun, s'ouvrait dans un sac auquel aboutissait aussi la jugulaire interne.

Cette communication artério-veineuse observée chez un homme de 27 ans, tuberculeux, atteint d'engorgement suppuré des ganglions du cou, et succombant à la suite d'hémorragies répétées, résulterait, pour Crisp, de la destruction par le pus, sur une certaine étendue, des parois de la carotide interne. Les détails anatomiques consignés dans l'observation, sont insuffisants pour que cette interprétation puisse être acceptée sans discussion. Le fait doit rester au moins douteux.

b. — Adénites inguinales.

« Un homme porte à l'aine un bubon ulcéré. Le travail pathologique, localisé d'abord dans le ganglion et la peau qui le recouvre, s'étend jusqu'à l'artère fémorale. Rien de plus aisé à comprendre. — Il y a dans cette série de phénomènes un lien qui conduit sans surprise jusqu'à l'hémorragie terminale. »

J'emprunte ces lignes à l'excellent travail que vous a lu, précisément sur le sujet qui nous occupe, notre collègue M. Le Dentu [1].

Les faits de cet ordre sortent du cadre que je me suis tracé. Je ne m'y arrête pas plus qu'aux perforations d'artères, au voisinage de tumeurs cancéreuses, résultant de l'envahissement progressif des tissus par le néoplasme.

Je ferai remarquer cependant que le processus ulcératif, dont parle M. Le Dentu, ne s'observe, pour les adénites de l'aine, que dans l'adénite et le bubon chancreux. La blennorragie et le chancre mou lui-même peuvent donner lieu à des adénites simplement inflammatoires, qui n'ont aucune tendance à produire l'ulcération des tissus. Si donc, au cours de ces dernières se produit une hémorragie par perforation de l'artère fémorale, le cas appartient absolument à notre sujet et devrait trouver place dans cette étude.

Malheureusement, la distinction que nous venons de faire n'a pas toujours été suffisamment indiquée dans les observations souvent fort écourtées, où il est question de perforation de la fémorale par un bubon.

C'est ainsi que Rokitanski (n° 21) [2] mentionne un fait de ce genre,

[1] LE DENTU. *Mém. de la Soc. de chir.*, t. VII, p. 575.

[2] ROKITANSKI. *Lehrbuch der patholog. Anat.*, 3e édit. Wien, 1856, t. II p. 303.

mais, sans préciser la variété de bubon à laquelle il a eu affaire.

Il en est de même de l'observation de Ph. Crampton (n° 22): *ulcération de la fémorale par un bubon; ligature de l'iliaque externe; mort*[1]. Le bubon était ouvert; ouverture petite par laquelle se fait jour une hémorragie subite et abondante. L'hémorragie s'arrête, mais il reste une tumeur à battements obscurs, de volume double de l'abcès primitif.

Ce fait a été rapproché de celui de Liston et considéré comme un nouvel exemple d'anévrysme faux, consécutif à la rupture de l'artère fémorale dans un abcès.

Le fait d'Abernethy (n° 23)[2], qui a été cité de mémoire par M. Le Dentu sous ce titre: *ulcération de l'iliaque externe par suite de bubon*, est plus obscur. En lisant dans l'original la longue observation à laquelle se rapporte sans doute l'indication qui précède, on voit qu'il s'agit d'un anévrysme de la partie supérieure de la cuisse ayant nécessité la ligature de l'iliaque. A l'autopsie, on trouva l'artère iliaque externe ouverte et communiquant avec une glande ulcérée. Il est difficile de se rendre compte de la façon dont la perforation de l'artère s'était produite. On ne sait pas d'ailleurs de quelle nature était la lésion de la glande.

Par contre, Callender (n° 24)[3] dit expressément que l'hémorragie dont il fut témoin et qui entraîna la mort du malade, avait été occasionnée par un bubon *virulent*?

Pour les raisons que nous avons dites, nous n'insistons pas sur ce fait. A plus forte raison ne devons-nous qu'une simple mention à l'observation de M. Verneuil (n° 25)[4], dans laquelle la perforation de l'artère et l'hémorragie succédèrent à l'ulcération de gommes syphilitiques de l'aine.

Le fait de Savory (n° 17) est le seul où l'ouverture du vaisseau paraisse n'avoir été due qu'à la longue durée des phénomènes inflammatoires et aux foyers multiples développés au voisinage de l'artère[5].

La tuméfaction des ganglions de l'aine avait été provoquée par une blennorragie. Le pus avait tardé à se former, il avait fini par se faire jour spontanément en dehors. Neuf mois après le début des accidents,

[1] Ph. Crampton. *British medic. and foreign Review*, t. XV, p. 160.

[2] Abernethy. *Surgical observations on aneurisms*, 2e édit., p. 284.

[3] Callender. Bubon inguinal. Ulcération de la veine et de l'artère fémorale. *Transactions of the patholog. Soc.*, 1870, t. XX, p. 124.

[4] Verneuil. Tumeur gommeuse ulcérée de l'aine. Dénudation de l'artère fémorale. Fissure du vaisseau. Hémorragie mortelle. *Archives génér. de medecine*. Octobre, 1871, 6e série, t. XVIII, p. 385.

[5] Savory. *Medico-chirurgic. Transact.*, 1881, t. 64, p. 23.

survient par les ouvertures fistuleuses, ainsi produites, une hémorragie grave se répétant cinq fois de suite, nécessitant enfin la ligature de l'iliaque externe. Quelques jours après, mort d'épuisement.

A l'autopsie, on trouva la veine fémorale détruite sur une longueur d'un pouce environ. En outre, l'artère présentait une perforation pouvant admettre une plume d'oie. Une seconde ouverture linéaire longue de une et demie à deux lignes fut découverte juste au-dessous de la première. La tunique externe du vaisseau était détachée et séparée de la tunique moyenne sur une étendue notable.

Rien dans l'état général du malade n'était de nature à expliquer la complication survenue. Il était âgé de 36 ans. Sa santé avait été habituellement bonne. Lors de l'accident il n'était pas alité et avait repris ses occupations. Il n'y avait pas d'altération du système artériel.

C. — SUPPURATIONS DIVERSES.

J'ai réuni sous ce titre un certain nombre de faits qui diffèrent des précédents soit au point de vue de la source de l'hémorragie (l'artère ouverte n'étant plus un gros vaisseau comme la carotide ou la fémorale), soit au point de vue de la nature ou du siège de la suppuration (phlegmon ou abcès d'origine variable).

Je note tout d'abord trois cas où la *linguale* a été intéressée.

L'un appartient à Dolbeau (n° 26); M. Labbé vous le rappelait dans la dernière séance; il vous a été communiqué par Dolbeau lui-même en 1864 [1]. Je me contenterai donc à son sujet d'une courte mention :

Abcès sous-maxillaire, probablement d'origine ganglionnaire, survenu à la suite d'un refroidissement chez une jeune fille de 16 ans, lymphatique, mais d'une bonne santé habituelle. Petite incision, 1 centimètre et demi à 2 centimètres en dehors de la ligne médiane, donnant issue à du pus louable, non odorant ; il sort en même temps quelques gouttes de pus par la bouche. Quinze jours après, la tuméfaction du cou ayant presque disparu, et la malade étant regardée comme guérie, hémorragie subite et considérable par la bouche et par la plaie. Débridement. On constate que l'artère qui donne est la linguale. On ne parvient pas à la saisir et à la lier. Ligature de la carotide externe. Guérison.

Dolbeau considère avec raison ce fait comme un exemple de perforation d'une artère au contact du pus. Il n'est pas admissible, en

[1] DOLBEAU. Abcès sous-maxillaire du côté droit. Perforation de l'artère linguale. Ligature de la carotide externe. Guérison. *Bullet. de la Soc. de chir.*, 1864, 2e série, t. V, p. 180.

effet, que la linguale ait été touchée par l'instrument lors de l'incision, petite d'ailleurs et peu profonde, pratiquée quinze jours avant. L'état général de la malade ne peut non plus ici être mis en cause.

C'est encore la linguale qui aurait été la source de l'hémorragie dans une observation de Mackenzie (n° 24), sommairement rapportée par cet auteur, dans un travail que je citerai dans un instant, sous ce titre : *ouverture de l'artère linguale dans la cavité d'un abcès aigu du pharynx qui avait été incisé quatre jours auparavant* [1].

C'est enfin le même vaisseau que l'on trouve perforé à l'autopsie d'un homme qui succomba subitement à l'hôpital de Toulouse à la suite d'une hémorragie abondante survenant au cours d'une glossite aiguë. Il n'y avait pas eu d'incision pratiquée (n° 28) [2].

M. Trélat (n° 29) à propos du fait de Dolbeau, racontait qu'il avait observé un cas analogue en 1851 dans le service de Roux, chez une femme qui présentait à la région sus-hyoïdienne un abcès ouvert depuis longtemps, n'ayant aucune tendance à la cicatrisation; il y eut plusieurs hémorragies à courts intervalles; le malade mourut. On ne sut pas exactement quelle artère avait été lésée [3].

Les hémorragies artérielles dans les *phlegmons des membres ou de la face* sont infiniment rares. Je n'ai pu en réunir que cinq observations qui méritent chacune une mention spéciale, soit en raison de leur rareté même, soit à cause des circonstances particulières du fait.

La première est due au Dr Quain (n° 27) [4].

Un homme de 63 ans, de constitution délicate, est atteint à la suite d'une écorchure du pouce d'un phlegmon angioleucitique de la main et de l'avant-bras. L'état général est « typhoïde. » Le gonflement s'accentue surtout à la région externe du poignet et à la partie inférieure de l'avant-bras. — Huit ou dix jours apres le début des accidents, la fluctuation devient manifeste, mais de plus on constate des battements évidents qui font songer à une communication de la collection avec la radiale. Une incision n'en est pas moins pratiquée sur le dos de la main; elle donne libre issue à du pus non sanglant. Le lendemain, la

[1] MACKENZIE. Mém. cité plus loin (*Monthly med. Journ. of medic Science*, février 1852, t. XIV, p. 119).

[2] Glossite aiguë. Ulcération de l'artère linguale. Hémorragie. Mort. Obs. publiée sans nom d'auteur dans la *Gaz. méd.-chir. de Toulouse* et la *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1873, p. 571.

[3] TRÉLAT. *Bullet. de la Soc. de chir.*, 1864, 2e série, t. V, p. 186.

[4] QUAIN. Obs. citée par Liston, *broch. citée*, p. 37.

tuméfaction de la région du poignet augmentant et menaçant de s'ouvrir, l'amputation fut décidée et pratiquée séance tenante. Le malade guérit. L'examen du membre amputé montra que le pus était infiltré sous la peau et sous l'aponévrose du dos de la main et de l'avant-bras. Il y en avait aussi, mais en moindre quantité à la paume de la main et le long des muscles superficiels de la région antérieure de l'avant-bras. Les articulations du poignet et du carpe étaient pleines de pus.

L'artère radiale était sur presque tout son parcours en contact avec le pus. Au niveau du poignet, on découvrait une tumeur constituée par du sang coagulé, et, dans son intérieur, l'artère radiale complètement divisée en deux tronçons. Les deux bouts artériels présentaient une extrémité irrégulièrement déchirée.

Il est expressément noté dans l'observation, que le malade, avant son entrée à l'hôpital, ne présentait aucune tuméfaction de la région du poignet.

En dépit de l'étrangeté du cas, il est difficile de ne pas admettre avec le Dr Quain que cette division de la radiale a été véritablement la conséquence de la suppuration aiguë de l'avant-bras. On remarquera la rapidité avec laquelle les accidents ont évolué, la gravité de l'état général caractérisé par le mot *typhoïde* que l'auteur n'a pas employé sans dessein dans son court récit, enfin l'âge du malade qui permet de supposer que l'artère était athéromateuse, bien que le fait n'ait pas été expressément mentionné.

Dans les deux observations suivantes, la collection siège à la partie inférieure de la cuisse. Dans l'une rapportée par Liston (no 32)[1], il s'agit encore d'un phlegmon angioleucitique, consécutif à une lésion superficielle du coude-pied :

Le malade, jeune homme de 24 ans, étudiant en médecine attribuait à ce phlegmon une origine septique.

Il supposait qu'en disséquant, il s'était, avec des doigts malpropres, gratté des boutons qu'il portait à la cheville.

L'angioleucite suivit son cours, mais n'aboutit que lentement à la formation d'un foyer situé à la face interne de la cuisse, à quatre pouces au dessus du genou, qui fut incisé par Liston. Pendant la quinzaine qui suivit le pus sortait par l'ouverture parfois teinté de sang. Au bout de ce temps hémorragie artérielle subite, abondante. Compression de la fémorale, syncope, arrêt de l'hémorragie. Le même accident se reproduit deux fois. Le malade était si épuisé que l'on pouvait craindre qu'il ne succombat à une nouvelle hémorragie. On se décide donc à lier la fémorale à la partie supérieure de la cuisse. L'écoulement

[1] LISTON. *Broch. cit.*, p. 17. L'observation est reproduite en abrégé dans le mémoire de Liston sur les *Plaies des artères*, inséré dans les *Medico-chirur. Transactions*, 1846, t. 29, p. 123.

sanguin fut définitivement arrêté. La guérison fut lente, mais complète.

Il est difficile de dire jusqu'à quel point, dans ce cas, l'angioleucite, la suppuration profonde et la perte sanguine ont été sous la dépendance d'un empoisonnement septique, qui lui-même n'est pas absolument démontré. L'état général du malade n'avait jamais été celui d'un septicémique. La pathogénie de l'hémorragie reste donc ici douteuse. On pourrait en dire autant de la source exacte de l'écoulement sanguin. A défaut de la poplitée, il est certain du moins qu'une branche importante de la fémorale avait été intéressée.

Dans l'observation de Syme et Mackenzie, (n° 33), la même incertitude n'existe pas. Le malade ayant succombé, la perforation du vaisseau put être constatée *de visu*. On découvrit à l'autopsie une petite ulcération circulaire siégent à la partie antérieure de la fémorale, à un pouce et demi avant l'entrée de l'artère dans le creux poplité.

Cette lésion s'était produite chez un jeune homme de 18 ans, qui trois mois avant son admission à l'hôpital avait été pris, après refroidissement, d'une bronchite intense et d'un gonflement douloureux de la partie inférieure de la cuisse. Peu à peu une vaste collection se forme. Elle est ouverte un peu au-dessus du condyle interne; pus vert, fétide. Trois jours après, contre-ouverture un peu au dessus du condyle externe. Le doigt introduit dans la plaie s'assure que le fémur n'est pas malade, mais il passe entre l'os et les vaisseaux poplités, à nu dans le foyer. L'état général s'aggrave, douleur de côté, amaigrissement, sueurs la nuit. Vingt jours environ après la première incision, l'écoulement étant toujours abondant, une hémoragie subite et considérable se produit, le malade étant au repos et couché sur son lit. Elle s'arrête par conpression directe pour reparaître deux heures plus tard. Ligature de la fémorale dans le triangle. Mort le lendemain sans nouvel écoulement sanguin[1].

Il n'est pas question, dans la relation de l'autopsie, de l'état des poumons. Les signes constatés pendant la vie permettent de supposer que ce malade était tuberculeux.

A cet égard, ce fait peut être rapproché d'autres assez nombreux, dont il sera fait mention plus loin, dans lesquels la lésion de l'artère ne dépend peut être pas autant de l'action locale du pus, que du mauvais état général du malade, résultant lui-même d'une tuberculose plus ou moins avancée. Vous avez même entendu dans

[1] Malade observé et opéré par MACKENZIE, *house surgeon* dans le service de SYME. Obs. communiquée à Liston et publiée par lui dans *broch. cit.*, p. 27.

notre dernière séance M. Anger se demander s'il n'était pas possible, en pareil cas, d'admettre une dégénérescence tuberculeuse de la paroi artérielle.

Aucune circonstance de ce genre ne peut être invoquée pour expliquer l'hémorragie dans les deux faits qu'il nous reste encore à mentionner.

Dans celui de Demarquay (n° 34)[1] il s'agit d'un homme de 35 ans atteint de phlegmon de la main ; des hémorragies répétées se produisent à travers un petit orifice qui s'était fait spontannément à la paume. On débride et l'on trouve au fond de la plaie un vaisseau artériel ouvert. Ligature dans la plaie; guérison[2].

Dans celui de Denucé (n° 35)[3], au cours d'un phlegmon diffus de la région temporo-faciale incisé dix-huit jours auparavant, survient tout à coup une hémorragie formidable qui nécessite la ligature de la carotide primitive.

Le malade guérit. M. Denucé suppose que l'artère temporale profonde, ulcérée par le pus à la période éliminatoire du phlegmon, a été la source de l'hémorragie. Il convient de faire remarquer cependant que lors de l'incision du phlegmon, une petite hémorragie artérielle, aussitôt et facilement arrêtée, se produisit. M. Denucé n'admet pas que cet incident suffise à expliquer la complication grave qui survint ultérieurement. Le long temps (18 jours) qui s'écoula entre la première intervention et l'hémorragie finale l'empêche de s'arrêter à cette hypothése.

Cette opinion serait difficilement défendable si le cas de M. Denucé était isolé. Elle devient au contraire plausible, si l'on veut bien admettre, d'après les faits que nous avons déjà analysés et ceux que nous rapporterons encore que la perforation d'une artère dans un foyer purulent, bien que demeurant un fait exceptionnel, est aujourd'hui chose absolument démontrée.

Ce n'est pas non plus sans quelques réserves que je signale deux dernières observations appartenant encore à la catégorie

[1] DEMARQUAY. Hémorragies de l'arcade palmaire superficielle survenues dans le cours d'un phlegmon de la main. Ligature dans la plaie. Guérison. *Obs. recueillie par* BOURDILLAT, *Gaz. hebdomad.*, 1868, n° 31.

[2] Depuis que ce travail a été lu à la Société de chirurgie, un fait tout à fait analogue à celui de Demarquay m'a été communiqué par le Dr Bertin (de Gray), j'en ai donné l'analyse dans la séance du 8 novembre.

[3] DENUCÉ. Otite externe. Phlegmon consecutif de la région temporo-faciale. Incisions multiples. Hémorragie primitive facile à réprimer. Hémorragie secondaire considérable au bout de 18 jours. Transformation de la cavité du phlegmon en un vaste anévrysme diffus. Hémorragies formidables par les diverses ouvertures. Ligature de la carotide primitive. Guérison. *Bullet. de l'Acad. de méd.*, 1878, 2e série, t. VII, p. 627.

de faits que j'ai réunis sous le nom de suppurations diverses. Il s'agit dans l'un et l'autre cas de suppurations du thorax.

Celui de Salomon (n° 36)[1], est tout particulièrement sujet à caution, en raison de la nature de l'intervention chirurgicale qui avait précédé l'hémorragie.

Il peut être résumé comme suit : *empyème, resection des côtes; deux mois après, hémorragie qui se reproduit le lendemain; mort; à l'autopsie perforation de la* 10e *inercostale.*

On pourra soutenir que l'artère avait été blessée au moment de l'intervention chirurgicale. Mais celle-ci remontait déjà à deux mois, lorsque l'accident se produisit. De plus la perforation siégait en arrière, tout près de la colonne vertébrale, en dehors par conséquent du champ opératoire.

L'observation de Mackenzie (n° 37)[2], anévrysme faux de l'axillaire résultant de l'ouverture de l'artère dans un abcès préexistant, est d'une interprétation difficile.

Le fait a été longuement exposé et discuté par l'auteur. Nous nous contenterons de dire que pour lui il s'agit d'un cas absolument comparable à celui de Liston (carotide ouverte dans un abcès du cou). Nous avons rapporté ce dernier avec assez de détails pour qu'il soit inutile d'insister plus longuement sur ce nouvel exemple de cette remarquable affection.

Nous ajouterons seulement, qu'à l'appui de l'hypothèse qu'il défend, Mackenzie cite une observation de Miller dans laquelle l'aorte, au contact d'un abcès non ouvert, fut trouvée usée de dehors en dedans; la tunique interne, amincie, mais non perforée, demeurait seule [3].

Il semble qu'ici l'action corrosive du pus sur les parois artérielles ait véritablement été prise sur le fait.

Si la perforation avait eu le temps de se compléter, le cas rentrait absolument dans la catégorie de ceux observés par Liston, Breschet, Savory, Craigie, Quain, de celui enfin de Mackenzie dont il vient d'être fait mention.

IV. — Abcès par congestion et ossifluents.

Cette dernière catégorie de cas est la plus nombreuse, puisqu'elle ne contient pas moins de 51 observations.

[1] Salomon. *Berlin. med. Gesellsch.* Séance du 30 juin 1880, et *Berlin. Klin. Wochensch.* 1880, n° 44, p. 634.

[2] Mackenzie. Case of aneurism of the upper part of the axillary artery attended by certain peculiarities, etc. *Monthly journal of medical science*, févr. 1852, t. XIV, p. 110.

[3] Miller. *Principles of surgery*, p. 212, note (*cité par* Mackenzie, *loc. cit.*, p. 112).

C'est aussi celle qui renferme le plus de faits dans lesquels la cause réelle de l'hémorragie peut être discutée.

Nous admettons en effet que, dans plusieurs des observations que nous avons recueillies, l'action chirurgicale ou une cause mécanique quelconque (séquestre, drain) peuvent être considérées comme ayant directement ou indirectement provoqué la perforation de l'artère intéressée. Il en est d'autres cependant, et nous le montrerons, où cette étiologie ne peut être invoquée.

Nous ferons une remarque analogue au sujet de l'état général des malades au moment de l'accident. Si la septicémie vraie ne peut être habituellement mise en cause, du moins convient-il souvent de tenir compte de l'épuisement qui résulte de longues suppurations, et par conséquent de ces conditions de moindre résistance qui, pour certains auteurs, prédisposent à l'ulcération des artères. Dans certains cas la tuberculose est manifeste, et la question de la dégénérescence tuberculeuse des parois artérielles, comme nous le rappellions il y a en instant, pourrait alors à bon droit être posée.

Cependant ces conditions générales fâcheuses n'existent pas toujours ou ne sont pas assez accentuées pour que leur influence puisse être considérée comme prédominante. Nous nous efforcerons aussi de le démontrer.

Nous laisserons de côté dans l'analyse qui va suivre les observations de M. Anger (nos 60 et 61) de M. Humbert (n° 44) et les nôtres (n° 62 et 64) dont il a été fait mention dans notre dernière séance, et qui ont été discutées devant vous.

Nous nous bornerons à des faits plus anciens, relevés dans divers auteurs.

La plupart ont trait à des hémorragies de la fémorale et de la poplitée consécutives à des lésions du bassin ou du fémur. L'artère humorale au contraire a été très rarement atteinte.

Rarement aussi la perte sanguine s'est produite au cours d'une nécrose du maxillaire inférieur ou d'une carie vertébrale.

Les hémorragies dépendant de la carie du rocher sont nombreuses, nous verrons pourquoi il convient de les mettre complètement à part.

A — *Poplitée.*

Dans les observations de Dionis (n° 38) Leudet (n° 39) et Bard (n° 40), dont je résume en note les traits principaux, il s'agit de tumeurs blanches du genou avec vastes collections dans le creux poplité. Chez la malade de Dionis [1] des incisions multiples furent

[1] Dionis (Velpeau). *Bullet. de la Soc. anatom.*, 1850, p. 309 et 415. Femme, 30 ans, bonne santé habituelle, ni rhumatisme, ni syphilis, tumeur blanche

pratiquées, mais ce ne fut que trois mois après la dernière opération, à la suite d'un léger mouvement imprimé à la jambe pendant le pansement, que l'hémorragie se produisit. La malade était épuisée et arrivée à la période d'hecticité. A l'autopsie on trouva des tubercules ramollis dans les poumons. L'artère poplitée présentait à *sa face antérieure* deux perforations l'une de 2 mm. l'autre de 1 mm.

L'observation de Leudet [1] manque de détails cliniques suffisants pour que l'on puisse se rendre compte de l'état général du malade. Il semble bien qu'il n'était que tuberculeux ; mais il avait de la fièvre. L'hémorragie fut subite et foudroyante. Une incision avait été pratiquée, mais longtemps auparavant ; l'ouverture était restée fistuleuse. La poplitée fut trouvée athéromateuse, elle présentait en outre une ulcération assez petite que Leudet n'hésita pas à rapporter à l'action du pus qui baignait le vaisseau.

L'hémorragie survint 36 heures après l'ouverture de la collection purulente dans le cas observé par Bard [2]. Mais la perforation, très petite (2 millim.), à bords déchirés, siégeait à la *partie antérieure* de l'artère. Il n'est donc pas admissible qu'elle ait été produite par le bistouri. On ne peut davantage, et pour la même raison l'attribuer à la présence du drain ; celui-ci passait en arrière du paquet vasculo-nerveux.

On remarquera que dans cette observation, comme dans celle de Dionis, la perforation occupait la partie antérieure de la poplitée. Il en était de même dans le fait de Syme et Mackenzie rapporté plus haut et dans celui de M. Humbert qui vous a été commuuiqué dans notre dernière séance (p. 646).

On peut admettre pour expliquer ce siège de prédilection, qu'en arrière l'artère, protégée par la veine et le nerf, est moins directement exposée à l'action du pus. Il est dit en effet, dans l'observa-

suppurée du genou. Vaste foyer poplité. Incisions multiples. Hecticité. Trois mois après la dernière incision, hémorragie subite, à la suite d'un léger mouvement de la jambe malade. Mort en quelques minutes (double perforation de la poplitée).

[1] LEUDET. *Bullet. de la Soc. anatom.*, 1852, p. 84. Arthrite chronique suppurée du genou gauche, datant de 3 ans. Fistule. Collection intra et périarticulaire. Mort subite par hémorragie (perforation de la poplité).

[2] BARD. *Note sur un cas de perforation spontanée de l'artère poplitée dans une tumeur blanche du genou,* Lyon médical, 1877, t. 24, p. 368. Garçon, 9 ans. Tumeur blanche datant de deux ans. Vaste foyer poplité. Incision et drainage. *Trente-six heures* après hémorragie qui s'arrête spontanément. Six heures plus tard, retour de l'hémorragie à la suite d'un effort de défécation ; s'arrête par compression. Reprend douze heures plus tard ; s'arrête par compression. Mort d'épuisement sans hémorrhagie nouvelle (perforation de la poplitée).

tion de Bard, que le paquet vasculo-nerveux formait une masse lardacée unique, reposant au fond du foyer.

On pourrait encore soutenir avec quelque apparence de raison que l'artère, en contact presque direct avec une surface osseuse dénudée s'use pour ainsi dire elle-même par frottement dans les mouvements que chaque pulsation lui imprime.

Quoiqu'il en soit, ces trois faits suffisent pour établir que l'artère poplitée plongeant dans un foyer purulent peut être le siège d'une perforation spontanée, indépendante de toute action extérieure.

Je ne mentionne que pour mémoire les observations de Jacob, (n° 45) [1] Porter (n° 46) [2], Byron (n° 47) [3], Thompson (n° 48) [4], et celle plus récente de Collins (n° 49) [5], à qui nous empruntons les quatre indications qui précèdent. Dans tous les cas on fut en droit d'attribuer à la présence d'un séquestre trouvé dans le foyer la perforation de l'artère et l'hémorragie qui suivit. Il s'agit toujours de nécroses plus ou moins anciennes du fémur.

La cause de la perforation est moins évidente dans une observation analogue de Hawkins (n° 41) [6]. On trouva de petits fragments osseux détachés, mais aucun en rapport direct avec l'artère.

[1] JACOB. Nécrose ancienne du fémur. Hémorragies répétées à longs intervalles. Amputation de la cuisse. Guérison. Examen du membre : séquestre pointu perforant la poplitée (homme 19 ans). *Dissertat. med. chir. de Aneur.* Edinb., 1814.

[2] PORTER. Nécrose ancienne du fémur avec fistules. Deux hémorragies profuses. Amputation refusée. Compression. Mort par gangrène rapide du membre inférieur. A l'autopsie : artère poplitée perforée par un séquestre pointu (homme 29 ans). *Dublin quaterley journal,* 1834, t. V, p. 190.

[3] BYRON. Nécrose ancienne du fémur. Fistules. Hémorragie. Ligature de la fémorale le 8e jour. Mort par gangrène rapide du membre. Autopsie : artère poplitée perforée par un séquestre (homme 25 ans.). *Dublin quat. journ.*, 1855, t, VIII, p. 240.

[4] THOMPSON. Nécrose du fémur. 7 mois. Fistules. Issue de séquestres. Disjonction spontanée de l'épiphose. Un mois après hémorrhagie. Mort. Autopsie : grande anastomotique perforée par un séquestre (garçon 9 ans). *Dubl. quat. journ.*, août 1847, p. 252.

[5] COLLINS. Abcès sous périostique du fémur. Incision face interne cuisse. Contr'ouverture creux poplité. Drain. Six jours après hémorragie. Ablation du tube. Ligature de la fémorale. Le 4e jour hémorragie profuse creux poplité. S'arrête par compression, reparaît dès que celle-ci est levée. Au bout de six semaines, l'amputation refusée, ligature de l'iliaque externe. Mort 8 jours après; péritonite et épuisement. Autopsie : large perforatiou de la poplitée; à ce niveau, séquestre pointu (garçon 8 ans). *Dublin journ. of med. science,* 1876, t. LXII, p. 93.

[6] HAWKINS. Nécrose ancienne du fémur. Extraction de séquestre. Hémorragie artérielle 5 jours après (poplitée). Ligature de la fémorale à l'anneau. 37 jours après hémorragie artérielle énorme. Amputation. Guérison. (Homme 21 ans). *Medico-chirug. Review*, janv., 1834, t. XX, p. 250.

Même incertitude dans un cas intéressant que je vous communique aujourd'hui même de la part de mon excellent collègue et ami le Dr Bouilly (no 42) et dans celui plus ancien de M. Marcé.

Le premier peut se résumer ainsi :

Ostéo myélite ancienne du fémur. Abcès 15 ans plus tard. Ouverture. Drainage de la collection purulente. Quinze jours après hémorragie formidable. Ligature de la fémorale au milieu de la cuisse. Mort subite deux jours après. A l'autopsie, petite perforation de l'artère poplitée, (2 millim.) siégeant ici encore sur la paroi opposée à la veine ; celle-ci à ce niveau était adhérente à l'artère.

Nous ne croyons pas que dans ce cas l'on puisse accuser le drain d'avoir été l'agent de la perforation. Le siège de celle-ci, le temps relativement court qui s'est écoulé entre l'opération et la brusque apparition du sang ne laissent pas place à cette hypothèse. Il nous paraît plus probable que le contact du pus est ici seul en cause. On put constater en effet que le paquet vasculo-nerveux plongeait dans la collection purulente.

Tel est aussi le sentiment de M. Bouilly; mais pour lui il faut de plus tenir compte de l'état fébrile qui persista à la suite de l'ouverture de l'abcès. C'est par suite de cette complication que le vaisseau dénudé resta à découvert et put subir l'action du pus.

Dans l'observation de M. Marcé (n. 43) [1] : (*abcès du creux poplité consécutif à une fracture de l'extrémité inférieure du fémur, drainage, ulcération de la poplitée, ligature de la fémorale ; mort*) l'action du drain sur l'artère fut discutée en séance de la Société anatomique. Il fut établi ultérieurement que le tube était séparé de l'artère par la veine et devait par conséquent avoir été étranger à la production de l'ulcération artérielle.

B. — *Fémorale et ses branches.*

Il s'agit encore presque toujours ici de suppurations anciennes siégeant soit à la partie moyenne de la cuisse (ostéo-myélite, nécrose) soit à la racine du membre (abcès par congestion).

Le fait de notre collègue M. Périer (no 50), qui vous a été communiqué en 1874, et qui a été l'objet du remarquable rapport de M. Le Dentu déjà mentionné plus haut, est un de ceux qui viennent le mieux à l'appui de la thèse que nous soutenons. Ce fut subitement, sans cause apparente, en dehors de toute intervention chirurgicale que l'hémorragie se produisit. L'artère fémorale fut.

[1] MARCÉ. *Bulletins de la Soc. anatomique*, 1871, p. 351.

trouvée ouverte un peu au-dessous du pli de l'aine. Au même niveau la veine était complètement détruite [1].

Pour l'auteur de l'observation et son rapporteur, comme pour nous, l'action locale du pus peut seule expliquer la perforation de l'artère. Tout au plus convient-il d'ajouter avec M. LeDentu que le malade était débilité par une suppuration qui remontait à plusieurs années.

L'observation de Hamilton et Stokes (n° 51) est presque exactement semblable : nécrose ancienne du fémur, fistules multiples, hémorragies profuses répétées ; toute opération refusée ; mort par gangrène rapide du membre [2].

L'hémorragie est encore absolument spontanée dans le cas curieux de M. Tillaux (n° 52) : vaste anévrysme diffus de la cuisse; ligature de la fémorale, gangrène du membre; mort. A l'autopsie, ostéite ancienne du fémur ayant donné lieu à un abcès ossifluent, qui a lui-même déterminé l'ulcération d'une ou de plusieurs artères perforantes [3].

Il est évident que, dans ces trois cas, si le chirurgien était intervenu, on n'aurait pu s'empêcher de supposer que l'artère avait été ouverte au cours de l'opération.

Il s'est élevé à ce sujet tout récemment, en Allemagne, une polémique intéressante entre deux chirurgiens de mérite, Bœgehold et Kraske.

Le premier est porté à croire que l'hémorragie est, plus souvent qu'on ne le croit, la conséquence de l'intervention chirurgicale. La simple ouverture d'un abcès par congestion, en modifiant trop brusquement la tension à l'intérieur d'un gros vaisseau placé au voisinage de la collection purulente, pourrait, à son avis, en provoquer la rupture.

La même opinion avait été soutenue il y a plusieurs années à la Société médicale d'Édimbourg, dans la discussion qui suivit la présentation du cas de James Miller dont il a été question plus haut. (n° 15.)

A l'appui de son hypothèse, Bœgehold cite les deux faits suivants [4] : Dans l'un (n° 53), abcès par congestion de l'aine, grande

[1] Ch. Périer. Ulcération de l'artère fémorale dans un ancien foyer de suppuration. Ligature de l'iliaque externe. Gangrène du membre. Mort. *Mémoires de la Société de chirurgie*, 1874, t. VII, p. 569. Observation suivie d'un rapport de M. Le Dentu. *Ibid.*, p. 575.

[2] Hamilton et Stokes. *Dublin quaterley journal*, août 1854, t. XVIII, p. 85.

[3] Tillaux. Considérations sur le traitement de l'anévrysme diffus. *Bullet. de thérap.*, octobre 1873, t. II, p. 348.

[4] Bœgehold. Ueber Arrosion grösserer Gefässstämme in akuten und Congestions-abscessen. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1880, n° 33 et 1881, n° 43.

incision, introduction du doigt; hémorragie immédiate, foudroyante (pas d'autopsie).

Dans l'autre (n° 54), l'opérateur, le Dr Wilms, craignant précisément un accident pareil, se garda dans un cas analogue d'introduire dans la cavité ni doigt, ni sonde exploratrice, et ne fit pas de contre-ouverture; il se contenta de placer deux drains dans l'incision et appliqua le pansement. Trois jours après cependant, hémorragie subite, mort. A l'autopsie, perforation de l'artère fémorale grosse comme un pois.

A ces faits Bœgehold aurait pu joindre celui que Bauchet (n° 55) a observé dans le service de Velpeau: vaste abcès froid à la racine du membre inférieur; incision; le surlendemain, hémorragie considérable, artérielle; ligature de la fémorale; guérison[1].

Pour Bœgehold, on évitera des accidents de ce genre, en n'ouvrant pas largement les collections situées au voisinage des gros vaisseaux; on se contentera d'une petite ouverture par laquelle le pus s'écoulera lentement.

A plus forte raison, toute manœuvre à l'intérieur de l'abcès, exploration à l'aide du doigt ou de la sonde, râclage, drainage, etc., devra-t-elle être proscrite. Si une contre-ouverture doit être pratiquée, elle ne le sera qu'au bout de plusieurs semaines.

Kraske[2] estime que ces craintes sont exagérées. Pour lui, et nous nous rangerons volontiers à son avis, dans les observations de Bœgehold (la première exceptée, le vaisseau, dans ce cas, ayant pu être atteint par l'instrument), l'artère était certainement, au moment de l'intervention, déjà malade; en dépit de toutes les précautions prises, la destruction de la paroi vasculaire s'achèvera, comme dans le cas de Wilms, plus ou moins vite après l'opération.

C'est ainsi, du moins, que pour lui, les choses se sont passées dans quatre faits personnels qu'il rapporte succcinctement (nos 56, 57, 58, 63).

Dans les trois premiers, on pratiqua le râclage de fongosités et fistules pour des suppurations anciennes de la région de la hanche ou du coude; mais tous les soins avaient été pris pour éviter l'artère. Toujours d'ailleurs l'hémorragie fut tardive (8 jours, 2 mois, 4 mois après l'opération).

Dans le quatrième, l'hémorragie fut spontanée. Le malade était au reste très affaibli par la suppuration et par une tuberculose avancée.

[1] BAUCHET. Obs. citée de mémoire dans la discussion soulevée par la communication du fait précédemment rapporté de Dolbeau (n° 26) *Bullet. de la Soc. de chirurg.*, 1864, p. 187.

[2] KRASKE. *Centralblatt f. chirurg.*, 1880, n° 48, p. 774.

Nous ne pouvons cependant considérer ces faits (le dernier excepté) comme des observations types, ne laissant, au sujet de l'origine de l'hémorragie, aucun doute dans l'esprit.

Nous ferons, à ce propos, une remarque analogue à celle que nous a suggérée le cas, cité plus haut, de Denucé (n° 35). Des faits de ce genre ne valent la peine d'être mentionnés que parce qu'ils ne sont pas isolés; ils doivent être rapprochés de ceux où, en dehors de toute intervention chirurgicale, les choses se sont passées exactement de même.

Nous en dirons autant d'une dernière observation celle de Bristowe (n° 55)[1] qui offre cet intérêt particulier que l'hémorragie est survenue non pas au cours d'une suppuration ancienne, mais à la suite d'un abcès sous-périostique aigu de la cuisse. Quatre jours après l'incision, une hémorragie artérielle se produisit; mort le lendemain. Il fut prouvé, à l'autopsie, qu'aucun vaisseau important n'avait été ouvert dans l'opération. Le sang provenait d'une petite branche artérielle située à la partie inférieure de l'abcès, loin de l'incision. Le fémur, sur toute sa longueur, était à nu[2].

Par contre, nous laissons à dessein de côté l'observation de Maunoir[3] qui a été quelquefois donnée comme exemple de perforation spontanée de la fémorale. Les manœuvres chirurgicales répétées faites pour aller a la recherche d'un séquestre invaginé avaient, de l'aveu même de l'auteur de l'observation, contusionné l'artère et singulierement facilité l'ulcération qui se produisit plus tard.

C. — *Nécrose du maxillaire inférieur.*

Les deux seuls faits que nous possédions d'hémorragie artérielle, venant compliquer une nécrose du maxillaire inférieur, appartiennent, l'un à Duffin, l'autre à Demarquay.

Dans l'un et l'autre, le pus s'était fait jour de lui-même dans la bouche, aucune incision n'avait été faite, la perforation du vaisseau était spontanée.

Dans celui de Duffin (n° 65)[4], c'était l'artère dentaire inférieure qui avait été ouverte.

[1] BRISTOWE. *Transactions of the pathol. Society of London*, 1867, t. XVIII, p. 212.

[2] Ce fait peut être rapproché de l'un de ceux de M. Humbert (n° 44) rapporté dans la dernière séance, p. 645 : (Perforation spontanée de la poplitée au cours d'une ostéo-myélite aiguë datant do six jours).

[3] MAUNOIR. *Bulletin de la Soc. anatomique*, 1873, p. 284.

[4] DUFFIN. *Edinb. med. and surg. journal*, 1824, t. XXI, p. 240.

Petite fille de 4 ans. Nécrose aiguë de la mâchoire. Hémorragie par la bouche. Ligature de la carotide primitive, mort. A l'autopsie, on trouva le périoste détaché sur les deux faces de l'os formant une poche remplie de caillots. L'artère dentaire était perforée en un point qui correspondait à un trajet creusé dans l'épaisseur de l'os. Le sang avait suivi cette voie pour arriver au dehors.

Dans l'observation de Demarquay (n° 66)[1], la suppuration périmaxillaire s'est propagée jusqu'à l'artère carotide, qui était ulcérée.

Nécrose de la mâchoire inférieure probablement d'origine dentaire chez un homme de 61 ans. Suppuration très abondante et très fétide se faisant jour dans la bouche. Hémorragie subite par la bouche, qui se renouvelle le lendemain, foudroyante; mort en 5 minutes. Autopsie : vaste foyer purulent sous angulo-maxillaire, contenant le maxillaire nécrosé. Au fond, on découvre le paquet vasculo-nerveux de la carotide interne baignant dans la sanie putride. Perforation de la carotide interne à 4 centimètres de son origine; orifice vertical, 6 millimètres de long, à bords déchiquetés; les tuniques de l'artère sont, à ce niveau, ramollies et imbibées de la sanie qui remplissait le foyer.

Cet homme avait toujours joui d'une bonne santé, et ne présentait aucun trouble diathésique. On n'observa aucun signe de septicémie. A l'autopsie, pas d'abcès métastasique. Il est difficile d'expliquer la lésion de la carotide autrement que par l'action du pus sur le vaisseau. Nous appelons l'attention sur la fétidité extrême de la suppuration, qui persista malgré les lavages et les injections désinfectantes.

D. — *Carie vertébrale.*

Des trois observations de perforations artérielles par *carie vertébrale* qui sont mentionnées dans notre tableau, il en est deux que nous ne faisons que signaler d'après les auteurs qui les ont citées. Il nous a été impossible, pour ces deux faits, de consulter l'original.

L'un, celui de Hasse (n° 67) (*ulcération de l'artère vertébrale à la suite d'une carie des vertèbres cervicales*)[2] est donné par Rokitanski, comme exemple de perforation d'artère par carie syphili-

[1] DEMARQUAY. Ulcération de la carotide interne consécutive à une nécrose du maxillaire inférieur. *Gazette des hôpitaux*, 1874, p. 417.

[2] HASSE. Cité par Rokitanski. *Lehrbuch der pathol. Anatom.*, 3e édit. Wien, 856, t. II, p. 303.

tique des vertèbres cervicales ayant donné lieu à un foyer purulent. Nous n'avons pu trouver ce fait dans le volume de l'*Anatomie pathologique* de Hasse, qui est conservé à la bibliothèque de la Faculté.

L'autre est rapporté par Bœgehold sous ce titre : *Abcès froid vertébral chez un garçon de 3 ans, perforation de l'aorte abdominale. Mort.* Il a été communiqué par Bardenheuer (n° 68) à la Société de médecine de Cologne, dans la séance du 13 juillet 1879. Nous n'avons pu nous procurer le compte rendu des séances de cette Société [1].

Le troisième a été publié par Dewes (n° 69), sous ce titre : *Cas de faux anévrysme diffus de l'aorte abdominale consécutif à une carie des vertèbres* [2].

L'auteur considère que la lésion osseuse a été primitive, parce qu'elle consistait en une carie véritable et non en une simple usure des os, comme on peut en observer au contact des anévrysmes [3]. D'ailleurs, il n'y avait pas de tumeur anévrysmale; l'aorte n'était pas dilatée et ne contenait pas de caillots stratifiés. Elle présentait, au niveau des os malades, une ouverture circulaire du diamètre d'une pièce d'un franc, dont les bords étaient intimement adhérents à l'os.

E. — *Caries du rocher.*

Signalons enfin, en terminant, les cas si nombreux de perforation de la carotide dans les caries du rocher (n°s 69 à 88). Jolly [4], dans deux mémoires successifs, en recueillait 11 cas.

Marcé [5], dans une thèse plus récente, en signalait 3 nouveaux.

Hessler [6], enfin, dans un travail étendu paru l'an dernier (1881), ajoutant un fait personnel à un relevé plus complet des faits déjà publiés, arrive à un total de 19 observations.

Les auteurs ont différé sur l'interprétation de ces faits. Pour

[1] BARDENHEUER. Allg. aerztlich. Verein in Cöln. Séance du 13 juillet 1879, cité par Bœgehold. *loc. cit.*, 1880.

[2] EDW. DEWES. *London journal of medicine*, janv. 1852, p. 35.

[3] Au sujet de la discussion de ce point de pathogénie, voy. l'observation déjà citée de TILLAUX et les remarques qui la suivent. *Bullet. de thérapeutique*, 1873, t, II, p. 357.

[4] JOLLY (Jacques). Mémoire sur les ulcérations de la carotide dans la carie du rocher. *Arch. gén. de médec.*, 1866, t. II, p. 13.

Nouvelles observations, etc... *Ibid.*, 1870, t. I, p. 171.

[5] MARCÉ. Des ulcérations de la carotide interne dans la carie du rocher. *Thèse Paris*, 1874

[6] HESSLER. Ueber Arrosion der Arteria carotis interna in Folge von Felsenbeincaries. *Arch. f. Ohrenheilkunde*, 1882, t. 18, p. 1.

Jolly, la perforation reconnaîtrait toujours pour cause la pression du séquestre détaché de la paroi du vaisseau. Marcé soutient, au contraire, que cette condition n'est pas nécessaire et que le contact du pus suffit à expliquer la lésion de l'artère.

Avec M. Le Dentu[1], qui discute soigneusement ce point de pathogénie, nous dirons que l'opinion de Jolly est certainement exagérée; que la fréquence de la perforation de la carotide dans les caries du rocher tient à des circonstances multiples: emprisonnement de l'artère au milieu du canal osseux, disposition qui l'empêche de fuir, pour ainsi dire, au-devant du pus; absence de paroi celluleuse capable de la protéger en s'épaississant; contact d'un pus de mauvaise nature, fétide, subissant rapidement, à cause de sa stagnation, la décomposition putride; enfin effort incessant exercé sur une paroi vasculaire altérée par le pus et non soutenue du côté du conduit auditif.

A ces considérations, nous ajouterons celle-ci, empruntée au mémoire de Hessler, que la perforation a un siège constant; dans tous les cas, elle se fait à l'union de la partie verticale et de la partie horizontale du coude que forme la carotide dans son canal.

Cette circonstance ne s'expliquerait guère, si l'on ne devait tenir compte que d'une pression mécanique extérieure, dont le point d'application serait nécessairement variable. Elle se comprend bien mieux si l'on admet que la lésion du vaisseau se rattache plutôt à une modification de la tension artérielle, dépendant elle-même de la destruction partielle et de l'élargissement du canal, qui, à l'état normal, est exactement proportionné au calibre de l'artère.

REMARQUES ET CONCLUSIONS.

Le fait que j'ai voulu établir me paraît, par les observations précédentes, surabondamment démontré, à savoir, qu'une artère, au contact d'un foyer purulent ou inflammatoire, peut être rompue ou perforée, et donner lieu à une hémorragie grave.

Je me hâte d'ajouter que cet accident est rare et doit être considéré comme exceptionnel. Je n'oublie pas, en effet, que la plupart des observations que j'ai recueillies ont été publiées précisément en raison de leur rareté et à titre de faits sortant absolument de l'ordinaire.

Je reconnais volontiers, avec tous les auteurs, que la *règle* est que les artères résistent mieux que les veines à l'action destructive du pus; qu'il est fréquent de trouver intactes dans des foyers pu-

[1] Le Dentu. *L. c.* p. 582.

rulents les branches vasculaires qui les traversent ; que même la dénudation des artères, comme M. Verneuil et son élève M. Delbarre[1] l'ont montré, n'entraîne pas nécessairement la mortification de la paroi et la rupture du vaisseau.

Mais la *règle* ne doit pas faire perdre de vue l'*exception*.

C'est là le principal objet de ce travail.

Sous quelle influence et par quel mécanisme se produit cette perforation ? Tel est le second point qui resterait à élucider et non le moins obscur.

Nous avons déjà dit que, dans certains cas, qui peuvent être mis complètement à part, une cause mécanique telle, que la pression d'un séquestre, d'une exostose ou celle d'un drain introduit dans le foyer, a pu suffisamment expliquer la production de l'accident.

Il se fait alors, au contact du corps étranger, une véritable ulcération du vaisseau, dont il est facile de comprendre le mécanisme.

Nous avons vu aussi que, lorsque ces conditions locales font défaut, on a pu, chez certains malades, mettre l'hémorragie au compte d'un état général fâcheux (fièvres graves, septicémie, tuberculose, épuisement par de longues suppurations).

Mais il faut bien reconnaître qu'on ne fait ainsi que reculer la difficulté, ou du moins placer la question sur un autre terrain.

Quelle est la lésion anatomique qui, développée dans ces conditions, prédispose à l'hémorragie ? S'agit-il d'une lésion du sang ou du vaisseau ? ou bien le pus peut-il avoir dans certaines circonstances une action nocive spéciale ?

N'est-on pas, du reste, conduit à admettre quelque altération particulière des tissus ou du liquide qui les baigne lorsque l'on voit, comme dans certaines de nos observations, le pus d'un abcès se faire jour à la fois dans les vaisseaux et dans les organes voisins (pharynx, œsophage, trachée) ?

Mais encore une fois cette altération en quoi consiste-t-elle ?

On n'a à cet égard formulé que des hypothèses, la plupart sans fondement.

Tout récemment encore, Litten[2], obéissant à ce besoin de précision qui caractérise les études anatomiques actuelles, a essayé de rapporter à l'action des micro-organismes sur les tissus les « nécroses hémorragiques et les inflammations à tendance ulcéreuse » qui s'observent dans les maladies infectieuses. Pour lui, l'infiltration des parois vasculaires par les bactéries rendraient

[1] DELBARRE. De la dénudation des artères. *Thèse Paris*, 1870.

[2] LITTEN. Ueber septische Erkrankungen 2e Hälfte. *Zeitsch. f. klin. Med.* 1881, t. II, p. 558.

peut-être compte du défaut de résistance des vaisseaux et expliqueraient les hémorragies qui surviennent en pareil cas.

Il y a longtemps du reste que l'on a admis l'existence, dans les fièvres graves, soit d'une lésion particulière des vaisseaux facilitant leur rupture, soit d'une fragilité spéciale sans altération de structure (Virchow, Niemeyer), résultant peut-être elle-même du contact d'un sang altéré par divers produits morbides [1].

Je n'insiste pas davantage.

Aussi bien ces considérations ne s'appliquent-elles qu'aux capillaires et aux petits vaisseaux. On n'a rien décrit de pareil, que je sache, pour les gros troncs artériels qui, dans la plupart de nos observations, ont été la source de l'hémorragie.

Nous en dirons autant de l'hypothèse émise par M. Th. Anger, d'une lésion tuberculeuse des vaisseaux. Les tubercules des petits vaisseaux sont connus ; ceux des artères sont encore à démontrer, ou du moins ne forment-ils qu'un épiphénomène dans une tuberculose généralisée et n'ont-ils jamais donné lieu à des désordres dignes d'être mentionnés.

D'ailleurs, cette obscure question de pathogénie serait-elle éclaircie, qu'elle ne suffirait pas à rendre compte de tous les cas.

Il en est en effet, et nous l'avons montré, où l'action locale du pus, en dehors de toute pression mécanique comme de toute influence générale, paraît seule en cause.

On est bien alors obligé d'admettre que la perforation de l'artère est le résultat d'un processus phlegmasique qui gagne la paroi du vaisseau, et aboutit à sa destruction complète ou en favorise la rupture.

Il n'est pas impossible, en faisant appel à certaines notions, aujourd'hui bien établies, d'anatomie pathologique, de comprendre comment les choses doivent se passer.

Il suffit pour cela de se souvenir que l'un des effets les plus constants de l'inflammation des artères est la disparition de la tunique musculeuse du vaisseau ; les fibres élastiques et musculaires de cette tunique font place à un tissu conjonctif qui se confond avec celui de la tunique externe et avec les végétations de la tunique interne.

Il résulte nécessairement de ce fait un réel affaiblissement de la paroi vasculaire. La tunique moyenne, par sa structure spéciale, constitue en effet, à l'état normal, la force vive de l'artère. C'est

[1] V. Bouchard. Pathogénie des hémorragies. *Thèse agrégat.* Paris, 1869. p. 130 et Cauchois Pathogénie des hémorragies traumatiques secondaires. *Thèse de Paris,* 1873, passim.

grâce à elle que la paroi du vaisseau résiste à l'impulsion de l'ondée sanguine.

Cette force supprimée, l'artère se laisse dilater. On sait que c'est de cette façon que l'on doit comprendre le mode de formation des anévrysmes.

Mais rien n'empêche d'admettre, soit que l'évolution de la lésion ait été plus active, soit qu'une cause adjuvante locale ou générale ait été mise en jeu, — que la paroi affaiblie cède en un point et se perfore.

Si le fait est relativement rare, c'est non seulement qu'en réalité l'inflammation des gros troncs artériels n'est pas fréquente; c'est aussi qu'il se produit habituellement une hypertrophie compensatrice de la tunique externe qui subvient à l'insuffisance de la membrane moyenne; c'est enfin qu'un caillot protecteur peut aussi se former au contact de la tunique interne altérée.

Que l'une de ces deux dernières conditions fasse défaut, et la rupture pourra se faire.

C'est ici que l'influence de l'état général du malade, et tout particulièrement cette sorte de déchéance organique qui résulte d'une suppuration prolongée, doit peut-être, à juste titre, entrer en ligne de compte. On peut admettre que chez des individus ainsi éprouvés les échanges nutritifs sont ralentis, et que les modifications anatomiques, quelle que soit leur nature, qui à l'état normal mettraient obstacle à l'hémorragie, sont arrêtées dans leur évolution.

Les diverses phases du processus anatomique que nous venons de décrire n'ont pas été suivies sur les gros troncs artériels contenus dans un foyer purulent. Par contre, dans ces conditions, elles sont constantes dans les artères moyennes et petites[1]. Il n'est pas irrationnel de supposer qu'un vaisseau plus volumineux puisse, à la longue, présenter les mêmes altérations.

L'observation de Miller, que nous avons citée plus haut (p. 684), semble montrer que la perforation de l'artère peut se produire d'une autre façon. On se souvient que dans ce cas on put constater une véritable usure de l'aorte se faisant de dehors en dedans; la paroi vasculaire était réduite à une mince couche qui paraissait n'être plus constituée que par la tunique interne seule conservée.

Ce fait vient à l'appui de l'opinion des auteurs qui admettent que la rupture d'une artère dans un foyer de suppuration peut résulter de la simple extension, dans l'épaisseur de la paroi vasculaire, d'une inflammation voisine.

La tunique externe, la première atteinte, s'oppose habituellement, en s'épaississant et en se couvrant de bourgeons charnus, à

[1] Cornil et Ranvier. *Manuel d'histologie pathologique*, t. II, p. 534.

cette marche envahissante. Dans certains cas, peut-être ici encore sous l'influence d'un mauvais état général, cette couche protectrice fait défaut. La tunique externe se met alors à suppurer et bientôt, par suite de l'imbibition, la suppuration gagne la tunique moyenne. Ces deux membranes se ramollissent ou se nécrosent, puis la membrane interne cède à la pression du sang et la rupture a lieu[1].

Quelle que soit, du reste, la façon dont la lésion évolue, il arrivera, dans l'un et l'autre cas, un moment où la paroi artérielle amincie doit céder au moindre effort.

On s'explique ainsi le rôle que peut jouer, dans la production de la rupture, toutes les causes capables d'augmenter la tension sanguine à l'intérieur du vaisseau malade. Dans bien des cas, en effet, l'hémorragie a paru à la suite d'un effort (toux, défécation, contraction musculaire subite, etc.). Nous avons vu que l'on avait aussi admis que la large ouverture d'un abcès, en changeant brusquement l'équilibre des pressions dans sa cavité, et, par conséquent, dans les vaisseaux qui y sont contenus, pouvait déterminer une perforation prête à se faire.

M. Le Dentu faisait déjà remarquer, à propos de l'observation de M. Périer, que l'oblitération de la veine fémorale qui existait en ce cas, en créant un obstacle réel au libre cours du sang, avait dû entraîner une augmentation de pression dans l'artère et en favoriser la rupture.

On pourrait multiplier ces exemples. Nous en avons dit assez, croyons-nous, pour montrer que l'une ou l'autre de ces causes adjuvantes, agissant sur une artère malade et déjà profondément altérée, sa rupture devient inévitable.

On nous accordera donc que la perforation spontanée des artères dans un foyer purulent, sans qu'il soit besoin de faire intervenir une pression mécanique extérieure, ne constitue pas un fait absolument extraordinaire, et qui doive être *a priori* rejeté.

C'est le point que nous avons cherché à établir et que nous pensons avoir démontré.

Nous résumons en quelques lignes et sous forme de conclusions les considérations qui précédent :

1° La perforation des grosses artères au contact d'un foyer purulant ou inflammatoire est un fait absolument établi.

2° Elle se produit souvent par voie d'ulcération sous la pression d'un corps étranger (drain, séquestre) ou à la suite de manœuvres chirurgicales qui ont contusionné le vaisseau.

[1] LANCEREAUX. *Traité d'anatomie pathologique*, 1879-1881, t. II, p. 850

3° Elle semble quelquefois ne relever d'aucune autre cause que du mauvais état général du malade, agissant suivant un mode encore mal connu.

4° Enfin elle peut certainement aussi se produire sous la seule action du pus, déterminant, par voie d'inflammation, dans l'épaisseur des parois vasculaires, des modifications anatomiques qui aboutissent à leur destruction.

5° Un brusque changement de la tension artérielle (effort, mouvement, simple ouverture de la collection purulente) a pu faciliter la rupture du vaisseau altéré et aminci.

6° Le mauvais état général du malade (épuisement par suppuration prolongée, septicémie, tuberculose, fièvre, etc.), interviendrait souvent comme cause adjuvante, en entravant les phénomènes de réparation ou d'oblitération, qui pourraient mettre obstacle à l'hémorragie.

Tableau des observations d'hémorragie par perforation d'artères dans les foyers purulents ou inflammatoires.

I. Abcès et phlegmons des parties molles (37 cas).

				Cas
Amygdalites primitives et abcès rétro-pharingiens			Caytan.............. n°	1
			Max Gregor............	2
			Méry..................	3
			Carmichaël............	4
			Ehrmann...............	5
Suppurations secondaires..	Scarlatine....	Amygdale.....	Immermann............	6
		Parotide......	Lovegrove.............	7
			Güterbock.............	8
		Cou, Thorax..	Fraser................	9
			Fergusson.............	10
			Roth..................	11
			Roth..................	12
	Fièvre typhoïde. Médiastin	(aorte)....	Breschet..............	13
Adénites....	Cervicales..................		Dauvé,................	14
			J. Miller.............	15
			Savory................	16
			Liston................	17
			Craigie...............	18
			Mackmurdo.............	19
	Inguinales....	Simples.	Savory................	20
		Bubons.......	Rokitanski............	21
			Crampton..............	22
			Abernethy.............	23
			Callender.............	24
		Gomme ulcérée........	Verneuil..............	25

Suppurations diverses...	Abcès du cou (linguale)		Dolbeau..............	26
			Mackenzie............	27
			X .. (de Toulouse).....	28
			Trélat................	29
	Phlegmons des membres et de la face	radiale	Quain..................	30
			Bertin................	31
		fémorale......	Liston................	32
			Syme et Mackenzie.....	33
		cubitale	Demarquay............	34
		temporale profonde.......	Denucé.......	35
	Suppurations thoraciques...	intercostale...	Salomon....	36
		axillaire......	Mackenzie......	37

II. Abcès par congestion et d'origine osseuse (51 cas).

				Cas.
Artère poplitée	sans séquestre..............		Dionis .... nº	38
			Leudet....	39
			Bard..	40
			Hawkins..	41
			Bouilly......	42
			Marcé..........	43
			Humbert..	44
	avec séquestre...............		Jacob........	45
			Porter......	46
			Byron.......	47
			Thompson.	48
			Collins................	49
Fémorale et ses branches			Périer..	50
			Hamilton et Stokes.....	51
			Tillaux....	52
			Bœgehold........... ..	53
			Wilms........	54
			Bauchet...............	55
			Kraske................	56
			Kraske............. ...	57
			Kraske................	58
			Brostow......	59
			Auger (Th.)...........	60
			Anger.................	61
			Monod (Ch.)......... ..	62
Humérale..................................			Kraske.................	63
			Monod (Ch.)...........	64
Nécrose du maxillaire inférieur..........	Dentaire		Duffin.................	65
	Carotide interne.....		Demarquay............	66
Carie vertébrale.....	Art. vertébrale		Hasse................ .	67
	Rocher..............		Bardenheuer...........	68
			Dewes.................	69
Carie du rocher......	Carotide interne.....		Divers d'après Jolly, Marcé, Hessler....	69 à 88
			Total général................	88

Rapport sur une observation de M. Schwartz intitulée : *Fracture de la voûte du crâne. Hémiplégie au sixième jour. — Trépanation et extraction des fragments osseux enfoncés.—Disparition de la paralysie. Variole. — Chute sur la tête. — Hernie du cerveau et abcès cérébral. — Mort,*

par M. Chauvel.

M. le Dr Schwartz a lu devant la Société, il y a quelques semaines, une intéressante observation do fracture compliquée de la voûte du crâne. Je dis intéressante parce que le fait présente certaines particularités, que notre confrère met en relief dans les remarques qui terminent son travail. Voyons d'abord l'observation :

Un homme de 25 ans reçoit, le 13 mars 1882, un seau très lourd, tombant d'un deuxième étage, sur la partie postérieure de la tête. Il tombe immédiatement sans connaissance, perdant beaucoup de sang, mais revient à lui rapidement, et rendu à l'hôpital il répond nettement aux questions et ne présente aucun trouble apparent de la motilité. L'hémorragie a cessé et la blessure de la tête, bien nettoyée, est aussitôt recouverte d'un pansement antiseptique. M. le Dr Schwartz, à la visite du lendemain, découvre une longue plaie de la région pariéto-occipitale, à cheval sur la ligne médiane, à cinq centimètres en arrière de la ligne biauriculaire, mais plus étendue à gauche. Avec le doigt, il constate une fracture de la voûte crânienne, un enfoncement assez prononcé; à la vue, il reconnaît, dans la plaie, une petite masse de substance blanc grisâtre, dont le microscope met hors de doute la matière nerveuse et l'origine cérébrale. La déchirure des méninges et du cerveau, la communication du foyer de la fracture et de la plaie cérébrale, étaient par là même démontrées.

Cependant, les troubles fonctionnels sont si légers qu'en dehors d'une hyperesthésie très prononcée de la région thoracique inférieure droite, hyperesthésie plusieurs fois constatée, on ne signale qu'une faiblesse douteuse de la puissance musculaire du côté droit. Aussi, s'appuyant sur l'hémorragie abondante, venue sans doute de la lésion du sinus longitudinal supérieur; sur l'abscence de signes de compression cérebrale, notre confrère juge prudent de ne pas intervenir, et se borne à appliquer un pansement de Lister et à donner de l'émétique en lavage.

Tout va bien les cinq premiers jours, l'hyperesthésie disparaît rapidement, mais le 19 mars la température monte à 39°3, le pouls devient dur et rapide ; bref la fièvre éclate. Le lendemain, on

constate une hémiphlégie droite complète, mais sans paralysie de la sensibilité, évidemment une encéphalite. Le Dr Schwartz, voyant les accidents persister malgré l'application de glace sur la tête et de sangsues aux apophyses mastoïdes, se décide à intervenir. Ne pouvant dégager et relever avec un élévatoir les fragments osseux embarrés, il applique une couronne de trépan, et parvient alors à extraire, à l'aide du davier, deux esquilles volumineuses qui pénètrent dans la substance cérébrale, puis de menus fragments. Une hémorragie inquiétante est arrêtée par l'application d'une pince à forcipressure, qu'on laisse en place pendant trois jours. Le cerveau est fortement contus et d'une coloration gris rougeâtre; il n'y a ni sang ni pus à sa surface.

Le pansement de Lister est appliqué aussi rigoureusement que possible, la plaie marche bien, la température ne dépasse pas 38°. Ce n'est cependant qu'au septième jour que les mouvements reparaissent dans le membre supérieur droit, puis bientôt et progressivement dans le membre inférieur. Une attaque de variole confluente n'arrête pas la cicatrisation de la plaie. Elle est complète le 15 avril, 25 jours après l'opération, et l'hémiplégie droite n'a laissé que des traces légères.

Malheureusement, cette guérison si chèrement achetée est bientôt compromise par un nouvel accident, une chute sur la tête qui détermine une hémorragie légère; puis, au bout de deux jours, une fièvre violente avec manifestations cérébrales. La cicatrice est soulevée par une tumeur fluctuante, animée de pulsations irréductible, d'où s'écoule, par une ponction aspiratrice un peu de sérosité sanguinolente. Les accidents persistants et cette tumeur augmentant de volume, le Dr Schwartz l'incise et tombe dans une cavité pleine de pus grumeleux, dont les parois sont manifestement formées par le tissu du cerveau. Malgré cette intervention les phénomènes d'encéphalo-méningite s'aggravent et le blessé succombe, le 21 avril, six jours après sa chute.

L'autopsie montre : une hernie du cerveau à cavité centrale presque vide et très profonde. La dure-mère est mise à jour. Elle présente une solution de continuité comblée en grande partie par du tissu fibreux ; toute la couronne de trépan et les deux angles de la plaie osseuse sont obstrués par une membrane fibreuse épaisse et résistante, percée à son centre du trou par lequel le cerveau a fait hernie. Le sinus longitudinal supérieur déchiré est obstrué par un caillot. Dans le cerveau, les centres psycho-moteurs sont intacts et les désordres commencent au niveau de la fracture. « La hernie cérébrale correspond immédiatement en arrière de la pariétale ascendante, au-dessus du lobule du pli courbe, en arrière du lobulo paracentral. Là existe un foyer contus, en

voie de suppuration, gros comme un œuf de pigeon, et sur lequel on arrive facilement en ouvrant la hernie sur la sonde cannelée. Celle-ci pénètre jusque dans la corne postérieure du ventricule latéral gauche qui est pleine de pus ; le plexus choroïde est rouge et congestionné ; la corne correspondante du ventricule droit est aussi rempli de pus. La pie-mère qui pénètre par la fente de Bichat présente les traces d'une vive inflammation qui se propage directement à la base du cerveau, où nous trouvons aussi une méningite suppurée, limitée au pont de Varole et aux pédoncules cérébraux. L'acqueduc de Sylvius et le quatrième ventricule contiennent aussi un liquide séro-purulent. Tout le reste du cerveau et de ses méninges est intact. Les autres organes sont tout à fait sains. »

Notre confrère termine son travail en signalant spécialement les points suivants, du fait que je viens de résumer. Je cite textuellement :

« 1° Absence de signes fonctionnels primitifs, si ce n'est l'hyperesthésie localisée à la partie antérieure du thorax et croisée ;

« 2° Apparition de signes secondaires six jours après l'accident, et qui, pour nous, sont à mettre sur le compte de l'inflammation du foyer, qui semble avoir agi sur les parties voisines par compression ou par propagation ;

« 3° Disparition progressive de l'hémiplégie après l'application d'une couronne de trépan et l'ablation des fragments qui ont produit l'effet d'un véritable débridement ;

« 4° Facilité avec laquelle s'est produite la hernie cérébrale inflammatoire qui a donné lieu aux accidents terminaux et à la mort, par suite de la propagation aux ventricules latéraux et à la pie-mère de l'inflammation suppurative. »

Je ne veux pas, à l'occasion de cette observation, reprendre à nouveau la question de l'intervention chirurgicale en général et celle de la trépanation en particulier, dans les lésions traumatiques du crâne. Ici, le cas est relativement simple. Il s'agit d'une fracture de la voûte crânienne, d'une fracture avec enfoncement, d'une fracture compliquée, et la présence de matière cérébrale dans la plaie ne permet pas au chirurgien de douter de la déchirure des enveloppes de l'encéphale, de la pénétration de l'air dans le foyer de la fracture. Dans de telles conditions, quelle conduite tenir? Se basant sur l'absence de troubles fonctionnels graves, de symptômes manifestes de compression du cerveau, sur la crainte de voir se reproduire une hémorragie inquiétante, notre collègue a cru devoir s'abstenir de toute intervention. Je ne voudrais pas lui en faire un reproche, mais dans des conditions semblables, je n'aurais pas hésité à suivre une conduite opposée. Sauf la crainte

de l'hémorragie, et un écoulement de sang provenant du sinus longitudinal supérieur n'est pas au-dessus de nos moyens d'action, je ne vois aucune contre-indication au relèvement des fragments. La fracture est étendue, l'enfoncement est considérable, on note un léger dégré de faiblesse des muscles du côté droit, du côté opposé à la lésion principale. Sans doute, il n'y a pas là les signes d'une forte compression du cerveau ; mais la hernie de la matière cérébrale prouve que les fragments enfoncés ont perforé les méninges, qu'ils compriment en déchirant les circonvolutions.

La contusion, l'atrition plus ou moins marquées des couches superficielles du cerveau, ne peuvent faire de doute. Une encéphalite, locale au moins, est certaine ou des plus probables. Pourquoi laisser une cause d'irritation permanente susceptible de favoriser le développement de l'inflammation et d'en accélérer les progrès? Quand un corps étranger est enfoncé dans les tissus, les irrite, les enflamme, la règle est d'en faire l'extraction au plus vite. Il n'y a d'exception que si cette extraction entraîne pour les blessés des dangers plus considérables que le séjour d'un corps irritant. Quand une fracture de la voûte crânienne n'est pas pénétrante, quant les méninges sont intactes et qu'on craint de les déchirer dans les tentatives de relèvement ou d'extraction, l'hésitation est permise en l'absence des troubles fonctionnels. Mais lorsque la dure-mère est déchirée, le cerveau contus, lacéré, hernié; l'accès de l'air est libre par le fait même de la lésion. Une intervention prudente n'offre par elle-même aucun danger et me paraît devoir être la règle.

Ceci bien établi, je ne puis que louer la conduite de notre confrère et regretter que les excellents résultats primitifs de son intervention ne se soient pas maintenus. L'encéphalite locale avait amené un gonflement des tissus et des accidents de paralysie que l'extraction des esquilles, véritable débridement, a fait progressivement disparaître. Tout allait pour le mieux, quand une chute sur la tête a ramené une inflammation violente, suppurative, étendue et rapidement mortelle. On peut se demander si l'encéphalite était bien éteinte au moment de ce second accident, et s'il n'y a pas eu au lieu d'une invasion nouvelle, un simple coup de fouet donné à une phlegmasie sourde et persistante. Mais ce fait en lui-même n'offre qu'une importance peu considérable et nous ne nous y arrêterons pas. En terminant l'analyse de cette intéressante observation dont j'ai résumé les points principaux, je propose :

1° D'adresser des remerciements à M. le Dr Schwartz ;
2° De déposer son travail dans nos archives.

3° De l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats à la place de membre titulaire.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Rapport sur une communication de M. le Dr Humbert intitulée : *Kyste tendineux à grains riziformes, incision, traitement antiseptique, guérison,*

par M. Nicaise.

L'observation de M. Humbert, vient une fois de plus, démontrer l'efficacité de la méthode antiseptique dans le traitement de la synovite tendineuse à grains riziformes.

Une femme de 27 ans, cuisinière, portait à la main droite une synovite de la gaine des fléchisseurs, dont le début remontait à 3 ans. La tumeur était en bissac et la poche supérieure était surtout saillante à la partie interne de la face antérieure du poignet ; il y avait de la gêne des mouvements des doigts, notamment des deux derniers.

M. Humbert pratiqua l'opération le 1er août 1882, la malade fut endormie et une incision de 3 centimètres fut faite sur la partie saillante de la poche antibrachiale, en ayant soin, dit M. Humbert, de ne pas intéresser le cul-de-sac supérieur, ni le tissu cellulaire voisin. La paroi était épaisse de 3 à 4 millimètres, dense et fibreuse, il sortit une grande quantité de corps de forme lenticulaire. Deux injections phéniquées au 20e furent faites dans l'intérieur de la poche; M. Humbert enleva également 5 ou 6 corps extrêmement petits, pediculés et appendus à la face interne du kyste ; il excisa légèrement les deux lèvres de la poche et plaça un tube à drainage court.

A la méthode antiseptique, M. Humbert ajouta la compression faite avec une éponge placée dans la paume de la main et l'immobilisation en plaçant l'avant-bras et la main dans une gouttière en gutta-percha.

Le drain fut enlevé le lendemain, il n'y eut jamais de suppuration, la plaie bourgeonna et se cicatrisa lentement. Au bout de quinze jours, le pansement fut remplacé par un bandage ouaté. La malade quitta l'hôpital le 26 août. Elle nous fut présentée le 11 octobre 1882 ; c'est-à-dire, près de 2 mois 1/2 après l'opération, et vous avez pu voir que le résultat obtenu par M. Humbert était excellent et la guérison parfaite ; il ne reste qu'un peu de diminution de la force des doigts auriculaire et annulaire.

M. Humbert discute la possibilité d'une récidive; celle-ci est-elle fatale par ce seul fait que la guérison a été obtenue sans suppuration ? Évidemment non, car les exemples abondent d'épanchements séreux guéris sans suppuration dans l'hydrocèle, dans l'hydarthrose, dans la pleurésie.

La doctrine de la suppuration nécessaire, qui considère le pus comme la résultante d'un processus réparateur physiologique, ne peut se maintenir devant les faits. La réunion des plaies ou l'accolement des surfaces séreuses doit se faire à l'état normal sans suppuration. Si du pus se forme, c'est là une complication, dans bien des cas inévitable, mais c'est une complication, elle est le résultat d'un processus pathologique qui est venu s'ajouter au processus naturel, physiologique pour ainsi dire, de la réparation.

Au sujet des conditions nécessaires pour que la guérison soit définitive, M. Humbert pense que si l'oblitération complète de la gaine est indispensable, celle-ci peut être obtenue par l'association du traitement antiseptique et de la compression. Mais on ne peut affirmer, ni que l'oblitération soit nécessaire, ni qu'on l'obtienne ; on peut seulement faire remarquer que si la gaine tendineuse était complètement oblitérée les mouvements des tendons deviendraient singulièrement gênés. Cette immobilisation des tendons est surtout à craindre quand il y a suppuration de la gaine.

Il est un point de l'histoire de cette synovite sur lequel je désire appeler l'attention ; je veux parler *de l'état des tendons situés au milieu de la gaine malade.*

Dans deux cas, j'ai eu l'occasion de les examiner. La première fois, il s'agissait d'un kyste trouvé sur un cadavre à l'amphithéâtre de Clamart, et siégeant dans les gaines du long extenseur du pouce et des deux radiaux. (*De la synovite tendineuse à grains riziformes et de la synovite sèche*, *Gaz. méd. de Paris*, 1872). L'enenveloppe celluleuse des tendons était épaissie, vascularisée; le tendon du long extenseur du pouce était atrophié, mais seulement dans l'étendue de la gaine.

Dans la seconde observation, que j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société le 18 mai 1881 (*Bul. de la Soc. de chir.*, 1881, p. 402), j'ai noté que le malade ne pouvait fléchir le pouce, et j'ai pensé que ceci était du à une lésion et à une rupture du tendon du fléchisseur de ce doigt, d'autant plus que la maladie avait débuté 6 ans auparavant par un gonflement du pouce et de l'éminence Thénar, c'est-à-dire dans la gaine du fléchisseur du pouce. Elle resta pendant 18 mois limitée à cette gaine, puis ensuite gagna la gaine des fléchisseurs communs. De plus, pendant l'opération, j'ai constaté que l'extrémité supérieure d'un des tendons extenseurs était altérée, les faisceaux fibreux dont la réunion constitue les

tendons étaient isolés les uns des autres et formaient de petits cordages parallèles.

Ces faits montrent que dans la synovite tendineuse à grains riziformes les tendons peuvent s'altérer, ce qui présente de l'intérêt au point de vue des indications thérapeutiques et du pronostic à porter. La crainte des lésions tendineuses engagera à intervenir de bonne heure, et, de plus, la possibilité de leur existence ne permettra pas de promettre au malade le rétablissement complet des mouvements.

Enfin, je voudrais ajouter quelques mots au sujet du *mode de formation des grains riziformes*. M. Humbert, sans se prononcer nettement, semble considérer ces grains comme formés par une prolifération des parois de la gaine. Cette théorie, qui est celle de Virchow, acceptable pour expliquer la formation de quelques grains isolés, ne l'est plus quand il s'agit de cette multitude de grains qui occupent la cavité de la gaine dans la synovite que nous étudions. Pour ceux là, l'examen microscopique, l'examen histologique et l'analyse chimique m'ont démontré qu'il s'agit de corps formés de matière albuminoïde et non de tissu conjonctif.

Je reviens à l'objet principal de la communication de M. Humbert, qui est de démontrer l'efficacité et l'innocuité de la méthode antiseptique rigoureuse suivie du pansement d'A. Guérin ou du pansement de Lister, dans le traitement de la synovite tendineuse à grains riziformes. Sous ce rapport, l'observation de M. Humbert est très concluante.

Je terminerai donc en vous proposant d'adresser des remerciements à l'auteur, candidat à une place de membre titulaire, et d'insérer son observation dans nos Bulletins.

M. Desprès. Je demande qu'on nous représente la malade dans une année.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Kyste tendineux à grains riziformes. — Incision. — Traitement antiseptique. — Guérison,

par M. Humbert.

Au mois de mai de l'année dernière, M. Nicaise communiquait à la Société de chirurgie un cas de synovite tendineuse à grains riziformes, guérie en peu de jours par l'incision et le traitement antiseptique. Depuis cette époque, quelques faits du même genre ont

été signalés; mais ils sont peu nombreux, et la valeur de cette méthode est encore discutée; c'est pourquoi j'ai cru devoir faire connaître l'observation suivante, qui est un nouvel exemple de son efficacité :

Une femme de 27 ans, Marie J..., cuisinière, me fut adressée dans le courant de cette année. Elle portait à la main droite, un kyste à grains riziformes développé dans la gaine des fléchisseurs. Le début de la maladie remontait à trois ans. Tumeur en bissac, dont la poche supérieure était surtout saillante à la partie interne de la face antérieure du poignet. Fluctuation, crépitation caractéristique, gêne des mouvements des doigts, notamment des deux derniers; en un mot, tout l'ensemble des signes classiques, ne laissant aucun doute sur le diagnostic. Ne me souciant pas d'opérer la malade chez elle, je l'envoyai à M. Labbé. Elle entra à Beaujon le 6 juin. Mais elle fut prise presque aussitôt d'une scarlatine qui la retint six semaines hors de la salle de chirurgie. Quand elle y rentra, le 25 juillet, j'avais pris possession du service. Je remarquai alors que la tumeur avait diminué de volume. C'était sans doute le liquide qui s'était résorbé ; en effet, à l'incision il n'en sortit pas une goutte. Est-ce sous l'influence de la maladie intercurrente que cette résorption a eu lieu? C'est possible, probable même. Je me borne à signaler le fait.

Je pratiquai l'opération le 1er août. La malade était endormie ; je fis sur le point le plus saillant de la poche supérieure ou antibrachiale une incision verticale de 3 centimètres, et j'arrivai sur la paroi du kyste, que je fendis en ayant soin de ne pas intéresser le cul-de-sac supérieur ni le tissu cellulaire voisin. Cette paroi était très épaisse, de 3 à 4 millimètres au moins, dense et d'aspect fibreux. L'incision donna issue à une grande quantité de corps riziformes, expression fort impropre pour le dire en passant, car aucun ne ressemblait à un grain de riz; ils avaient, au contraire, une figure lenticulaire comme cela est signalé, d'ailleurs, dans la plupart des observations. Deux injections phéniquées au 20e, accompagnées de pressions de bas en haut, de la paume au poignet, en firent sortir encore quelques-uns ; j'en enlevai également, avec les ciseaux, cinq ou six extrêmement petits, encore pédiculés et appendus à la surface interne du kyste ; à part ces prolongements, cette surface était lisse et unie. Une dernière injection. n'ayant rien ramené, j'excisai légèrement les deux lèvres de la poche qui avaient été saisies avec des pinces, de manière à maintenir l'ouverture béante ; puis un petit tube à drainage, très court, fut placé debout dans l'incision. Un seul point de suture suffit à diminuer l'étendue de la plaie.

Je n'ai pas besoin de dire que pendant l'opération j'observai rigoureusement toutes les règles de la méthode antiseptique, et que je continuai à les suivre aussi minutieusement à chaque pansement. J'ajouterai seulement que j'employai en même temps la compression et l'immobilisation absolue, auxquelles il faut attacher, je crois, une grande importance dans les opérations de ce genre. La compression

fut faite, non pas avec de la ouate, mais avec une éponge fixée sur la paume de la main par quelques tours de bande, et agissant ainsi directement sur le cul-de-sac inférieur de la tumeur. L'immobilité fut assurée par une plaque de gutta-percha, taillée en gouttière, embrassant toute la face postérieure de l'avant-bras et de la main.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Dès le lendemain, j'ôtai le tube pour le nettoyer, et comme il rentrait difficilement, je le supprimai. Je ne vis qu'un peu de sérosité roussâtre sur les pièces du pansement; il en fut de même les jours suivants ; jamais je n'observai la moindre trace de suppuration. La plaie bourgeonna ; la cicatrisation fut cependant assez longue, sans doute à cause du peu de vitalité des parois épaisses du kyste, Pendant près de deux semaines, bien que toute communication entre la synoviale et l'extérieur parût depuis longtemps abolie, je continuai la compression et l'immobilisation. Je me contentai ensuite d'un simple bandage ouaté, peu serré et laissant aux doigts quelque liberté. Enfin, la malade quitta l'hôpital le 26 août.

Il y a aujourd'hui près de deux mois et demi qu'elle a été opérée; et depuis un mois elle a repris son service. Elle ne ressent ni gêne ni douleur; les mouvements des doigts sont libres et jouissent de leur étendue normale. En somme, la guérison doit être considérée actuellement comme parfaite.

Cette guérison sera-t-elle durable? Verrons-nous, au contraire, une récidive se produire? Tel est le point qui a été discuté par la Société de chirurgie chaque fois que cette question a été à l'ordre du jour. Le temps et l'observation permettent seuls de porter un jugement définitif. En ce qui concerne ma malade, je serai à même de la suivre, et, quel que soit le résultat, dans six mois, dans un an, je pourrai la présenter de nouveau. Mais, d'une manière générale, peut-on poser en principe que la récidive de ces kystes synoviaux est fatale, inévitable, par ce seul fait que la guérison a été obtenue sans suppuration? Je ne le crois pas. Comme l'a très bien fait remarquer M. Lucas-Championnière, lors de la discussion qui suivit la communication de M. Nicaise, il n'y a pas de raison pour qu'on n'obtienne pas, dans le traitement de ces kystes, les mêmes résultats que dans d'autres épanchements séreux, tels que les hydrocèles et les hydarthroses. En admettant même que l'oblitération complète de la cavité séreuse soit indispensable au succès définitif, cette oblitération peut parfaitement s'obtenir par le traitement antiseptique, surtout si on lui adjoint la compression. Pourquoi ne verrions-nous pas se produire ici les mêmes effets que dans les hygromas du genou, dont les parois, souvent épaisses, irrégulières, ont bien quelque analogie avec celles des kystes tendineux de la main? Pour ma part, j'en ai opéré trois par la méthode de Lister, et, dans les trois cas, j'ai obtenu l'adhésion immédiate des surfaces opposées, sans suppuration.

Pour en revenir à ma malade, je ne sais si la cavité de sa gaîne synoviale a complètement disparu. Je pense, toutefois, qu'il en est ainsi, au moins en un point, au niveau du cul-de-sac supérieur, car la cicatrice se trouve entraînée en bas à chaque mouvement d'extension des doigts.

Peut-être, au traitement par l'incision et l'injection phéniquée, pourrait-on joindre le râclage de la surface interne du kyste, moins pour la modifier que pour en détacher les grains riziformes encore pédiculés qui pourraient y rester appendus, et constituer ainsi une cause de récidive. Mais il faudrait agir avec une extrême prudence. Nous devons, en effet, chercher avant tout à éviter la suppuration, dont nous ne sommes pas maîtres, dont nous ne pouvons ni circonscrire les limites, ni restreindre la durée; ses conséquences, souvent désastreuses, justifiaient la crainte qu'on avait autrefois de toucher aux kystes synoviaux des tendons. Aujourd'hui comme alors, on ne saurait trop la redouter, et s'il était démontré que la guérison radicale de ces tumeurs ne peut être obtenue qu'à ce prix, mieux vaudrait y renoncer. Mais, je le répète, rien ne prouve que la méthode antiseptique soit insuffisante à assurer une guérison durable.

De l'observation que je viens do rapporter, ainsi que de l'ensemble des faits analogues actuellement connus, je crois pouvoir conclure :

1° Que l'incision étant le seul moyen d'évacuer complètement le contenu des kystes à grains riziformes, le traitement antiseptique est le plus propre à éviter les accidents consécutifs à ce genre d'opération;

2° Qu'ici, comme dans toute opération où l'on cherche, soit à obtenir une réunion immédiate, soit à prévenir l'inflammation et la suppuration, l'immobilisation et la compression ne doivent jamais être négligées;

3° Que rien ne démontre la nécessité d'une récidive après l'emploi du traitement antiseptique; que celle-ci, d'ailleurs, serait encore préférable à la suppuration des kystes, qu'on doit éviter par tous les moyens possibles.

Communication.

Note sur la tuberculisation des synoviales tendineuses,

par M. Terrier.

MM.

Dans les dernières séances de la Société de chirurgie, votre attention a été attirée sur l'étude de la tuberculose articulaire; je

viens aujourd'hui vous entretenir d'une localisation tuberculeuse assez voisine, celle des gaines synoviales tendineuses.

Je crois cette étude fort utile pour le diagnostic des diverses lésions des synoviales tendineuses; de plus, elle peut faciliter la discussion des opinions émises sur la tuberculose des articulations.

Dans ce court exposé, je m'efforcerai d'éviter toute théorie préconçue et je ne m'appuierai que sur les faits cliniques et les constatations anatomo-pathologiques souvent mal interprétées, surtout pour la tuberculose.

On peut affirmer dès l'abord que, dans l'état actuel de la scienoe, les faits de tuberculose des gaines synoviales sont rares. Il en résulte que l'histoire de ces lésions est assez brève à présenter, ce que nous avons déjà fait, mon interne, M. Verchère et moi, dans un précédent travail publié dans la *Revue de chirurgie* du mois de juillet dernier [1].

Je vous demande la permission de retracer ici ce court historique. M. Lancereaux [2], le premier, signala à la Société anatomique et dans son traité d'anatomie pathologique, l'existence de la tuberculisation des gaines synoviales fongueuses. Toutefois, un peu avant lui, M. Debove [3] avait relaté un cas complexe dans lequel une tuberoulose articulaire du poignet avait fait naître des altérations analogues du côté de la synoviale tendineuse carpienne. Cette observation établissait en quelque sorte un trait d'union entre la tuberculose articulaire et la tuberculose des synoviales tendineuses. Plus récemment, M. Bouilly [4], en présence d'une synovite fongueuse des gaines des péroniers latéraux, synovite développée chez un sujet suspect de tubercules, pensa avoir affaire à une tuberculose localisée. Il n'y eut malheureusement pas d'examen histologique, mais le fait clinique n'en existe pas moins avec une très grande valeur.

Enfin, M. R. Jamin, interne du professeur U. Trélat a publié, dans le *Progrès médical*, [5] une très intéressante observation de synovite fongueuse du médius droit, qui fut reconnue tuberculeuse lors de l'examen micrographique pratiqué par M. Latteux, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale de l'hôpital Necker.

Aux trois faits de MM. Lancereaux, Bouilly et U. Trélat, nous pouvons en ajouter trois autres, dont deux ont eu pour sanction

[1] *Revue de chirurgie*, t. II, p. 543, 1882.

[2] *Bull. de la Soc. anatom.*, p. 617, 1873 et *Traité d'anatom. patholog.*, t. II. p. 195.

[3] *Bullet. de la Soc. anatom.*, p. 475, 1873.

[4] *Gazette médicale de Paris*, n° 31, p. 437, 30 juillet 1881

[5] *Progrès médical*, n° 19, p. 359, 1882.

l'examen anatomique fait au collège de France par M. Gilson, interne du service, sous la direction du Dr Malassez [1].

Les lésions anatomiques signalées par les deux auteurs que nous venons de mentionner, sont quelque peu variables, par ce fait même discutable.

M. Lancereaux dit que la synoviale est transformée en tissu fongueux devenu caséeux. Ces dépôts jaunâtres, épais de 1 centimètre et entourant les tendons, « sont formés de petites cellules en voie de dégénérescence graisseuse, et rappellent absolument les dépôts caséeux du tubercule infiltré ». C'est un peu vague au point de vue anatomique.

Dans le fait relaté par M. Jamin et observé par M. le professeur U. Trélat, M. Latteux, chef du laboratoire, trouve dans la tumeur deux parties à étudier : 1° un *tissu fibreux* très abondant et 2° des *foyers tuberculeux*.

Ces derniers forment des îlots jaunâtres entourés d'une zone conjonctive serrée et embryonnaire. Ces îlots, *amas tuberculeux* dit-il, constitués par des éléments cellulaires, sont colorés en jaune par le picro-carminate et laissent apercevoir dans leur masse quelques noyaux rouges assez rares; le tout est plongé dans une sorte de gangue granuleuse et amorphe. Dans le plus grand nombre des cas, le centre de ces amas est occupé par une cellule géante ovoïde et contenant un grand nombre de noyaux.

Une de nos observations, qui a trait à des synovites tuberculeuses ulcérées des gaines tendineuses du poignet, de la main et des doigts, offre des lésions analogues à celles qui ont été constatées par M. Latteux.

Voici la note qui m'a été donnée par M. Gilson : L'examen histologique des tissus malades a été fait au laboratoire du Collège de France.

En procédant de la surface vers la profondeur, nous observons les tissus suivants :

Premièrement, la *couche cornée* et le *corps muqueux de Malpighi*, qui sont normaux.

Deuxièmement, le *derme*, qui ne présente rien de particulier dans sa portion superficielle. Mais au-dessous des papilles, dans la partie profonde, on voit entre les faisceaux de tissu conjonctif de *nombreuses cellules embryonnaires*. Même dans certains points, on observe des amas de cellules embryonnaires sans interposition de tissu conjonctif.

Troisièmement, la *synoviale tendineuse*, entourant les tendons

[1] Deux de ces faits ont été publiés dans l'article déjà cité de la *Revue de chirurgie*.

des fléchisseurs. — De cette synoviale, la portion conjonctive seule est visible. L'épithélium n'a laissé aucune trace, ce qui d'ailleurs est normal, étant donné le mode de préparation. Les deux feuillets de la synoviale adhèrent entre eux dans presque toute leur étendue, si bien que les tendons semblent fixés aux tissus environnants. Les faisceaux de tissu conjonctif qui forment la synoviale sont infiltrés de cellules embryonnaires, moins abondantes cependant qu'au niveau du derme. De plus, on constate que la plupart des vaisseaux ont subi de notables altérations. Les uns ont un calibre rétréci par des néo-formations do cellules embryonnaires, d'autres, en plus grand nombre, ont leur calibre presque oblitéré; enfin, *chez plusieurs, la lumière du vaisseau est complètement oblitéreé.* Dans ce dernier cas, on voit le centre du vaisseau rempli de cellules rondes, et l'on aperçoit à la périphérie les tuniques du vaisseau très infiltrées aussi de cellules embryonnaires. Dans plusieurs points, on observe au *centre du vaisseau* une *cellule géante.* il n'y a nulle part de processus caséeux.

Quatrièmement, les tendons fléchisseurs, qui possèdent leur structure normale.

En fait, dans notre observation, comme dans celle de **M. U.** Trélat, nous sommes en présence de lésions inflammatoires *très probablement* tuberculeuses, vu la zone de tissu embryonnaire, l'existence de cellules géantes, enfin les oblitérations vasculaires; toutefois il manque encore à ce diagnostic anatomique, l'existence de noyaux caséeux,

Cet ensemble de lésions, en quelque sorte pathognomonique des néoformations tuberculeuses, a été parfaitement constaté chez un malade encore en traitement dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine. Cet homme, tuberculeux, fut pris de synovite aiguë avec épanchement séreux de la gaine des péroniers latéraux à gauche; cette synovite ne tarda pas à devenir fongueuse, et ce sont ces fongosités et la synoviale qui furent enlevées et examinées par M. Gilson au laboratoire du Collège de France. Voici le résumé de la note qu'il m'a donnée à ce sujet :

Les fragments enlevés et examinés sont de deux sortes, les uns superficiels adhérents à la peau, les autres profonds, comprenant l'un des feuillets synoviaux et les parties qui l'entourent.

A. Fragments superficiels. — Peau normale, le derme seul présente des lésions inflammatoires, c'est-à-dire une infiltration de cellules embryonnaires, qui d'ailleurs se prolonge jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ici, les vaisseaux sont altérés ; leur lumière est tantôt rétrécie, tantôt même oblitérée ; on trouve aussi çà et là des cellules géantes entouréos d'une zone de cellules embryonnaires.

B. Les fragments profonds présentent tout d'abord des altérations analogues à celles que nous venons de signaler : infiltration de cellules embryonnaires et de cellules géantes, entourées d'une zone régulière d'éléments embryonnaires. Mais on constate de plus, des zones embryonnaires offrant à leur centre une dégénérescence granuleuse et non granulo-graisseuse (Malassez). En outre, en dehors des gros vaisseaux oblitérés, on peut voir des capillaires remplis de globules blancs, cause d'entrave pour la circulation.

En présence de ces lésions qui sont :

1° L'oblitération des vaisseaux ;

2° La présence de cellules géantes entourées de zones de cellules embryonnaires ;

3° L'existence de foyers embryonnaires offrant à leur centre une dégénérescense granuleuse ;

On doit admettre et tel est l'avis de M. le Dr Malassez, chef du laboratoire d'histologie au Collège de France, la nature tuberculeuse des lésions observées.

De ces divers examens, on peut conclure que pour les anatomo-pathologistes, notre dernière observation est seule indiscutable, parceque seule, elle présente l'ensemble des lésions qui, actuellement au moins, sont regardées comme caractéristiques de la tuberculose.

Si j'ai insisté sur ce point, c'est que trop souvent il a été négligé par les auteurs qui ont voulu voir un peu partout des lésions tuberculeuses. Est-ce à dire qu'ils se soient trompés? Je ne le pense pas, au moins le plus souvent; toutefois, il ne faut pas oublier ou laisser systématiquement dans l'ombre, les *desiderata* d'une question très importante, très utile à connaître, mais encore à l'étude.

Cliniquement, la synovite tendineuse tuberculeuse nous paraît offrir un certain nombre de types, tantôt distincts, tantôt pouvant se succéder.

Un premier type bien net, bien accusé, c'est celui de la synovite fongueuse, telle qu'elle a été décrite depuis Bidard [1] dans tous les traités classiques.

C'est ce type qu'ont observé MM. Lancereaux et U. Trélat; tous deux diagnostiquaient en effet une synovite fongueuse. Dans le fait de M. Lancereaux, la tumeur s'étendait depuis le poignet jusqu'au doigt, en passant sous le ligament annulaire antérieur du carpe. Dans l'observation de M. le professeur U. Trélat, la tumeur fongueuse occupait la face palmaire du médius droit en se pro-

[1] *Thèse de Paris*, 1858, n° 96.

longeant en haut dans la paume de la main jusqu'à la limite de l'éminence Thénar.

C'est encore à ce type clinique qu'il faut rapporter l'observation de M. Bouilly, si tant est qu'il s'agisse d'une synovite tendineuse tuberculeuse de la gaine des péroniers latéraux, ce qui nous paraît des plus probable.

Un second type, assez voisin du précédent, a été observé deux fois par nous dans les gaines du poignet et de la main.

Ici, les fongosités paraissent localisées à certains points de la synoviale tendineuse, et celle-ci n'est pas envahie dans toute sa largeur comme dans la précédente forme. Très rapidement, la tumeur s'abcède, s'ulcère, et cette ulcération s'accroît peu à peu, offrant une teinte d'un rouge violacé, des bords décollés, et donnant issue à un écoulement séreux et séro-purulent plus ou moins abondant.

Cette synovite tendineuse ulcéreuse, envahit à la fois plusieurs gaines et se développe chez des sujets suspects ou atteints de tuberculose pulmonaire. Dans une de nos observations, c'est la tuberculose pulmonaire qui a entraîné la mort de la malade et a permis l'examen histologique.

Enfin, il existe un troisième type clinique comparable à la tuberculose aiguë des articulations, signalée par Laveran [1] et qui est devenue classique [2]. Dans ce cas, et nous n'en avons encore vu qu'un seul fait, l'affection offre tous les symptômes d'une synovite aiguë avec épanchement, tuméfaction considérable, rougeur des téguments, chaleur de la région, enfin douleurs vives. Les accidents étaient si accusés que nous crûmes à une synovite suppurée, et une ponction donna issue à un liquide séreux, clair, contenant des grains fibrineux.

Les accidents inflammatoires se calmèrent aussitôt, mais l'affection ne guérit pas pour cela; la synoviale s'épaissit rapidement et bientôt se développèrent d'abondantes fongosités. Ce sont ces fongosités qui, enlevées avec des portions de synoviale, furent l'objet d'un examen histologique attentif. Or, ce sont les seules pièces anatomiques qui furent regardées comme nettement tuberculeuses par les histologistes.

En résumé, la synovite tendineuse tuberculeuse peut évoluer soit d'une façon chronique, comme le fait la synovite fongueuse chronique classique, et dans ce cas elle offre parfois des ulcérations étendues, ou bien elle apparaît assez vite, avec des phénomènes

[1] *Tuberculose aigüe des synoviales in Progrès médical*, 1876, n° 44, p. 727.

[2] JAMAIN et TERRIER, *Manuel de Path. chir.*, t. II, p. 108, 1878.

inflammatoires, en un mot, elle est assez aiguë, et ici les fongosités synoviales succèdent à un épanchement séreux abondant, contenant des grains d'aspect de riz cuit.

Le diagnostic de la synovite tendineuse tuberculeuse n'est pas toujours facile, et souvent elle sera confondue avec une synovite fongueuse, ou pour mieux dire, on reconnaîtra l'existence des fongosités synoviales, mais la nature tuberculeuse de ces fongosités ne sera pas signalée.

Ce fait se conçoit d'autant plus facilement que le sujet atteint peut, au moment même où on l'examine, présenter un état général parfait, tel était le cas de la malade de M. le professeur U. Trélat. Si l'état général est suspect, s'il existe d'autres lésions tuberculeuses, par exemple, dans les faits de Lancereaux et de Bouilly, on pourra soupçonner la dégénérescence des fongosités.

C'est précisément cet état grave qui, dans notre première observation de synovite ulcéreuse des gaines tendineuses du poignet et de la main [1], nous fit penser à la tuberculose et poser le diagnostic de tuberculose des gaines synoviales. C'est encore en s'appuyant sur cet état général, que nous reconnûmes la tuberculose aiguë de la gaine des péroniers latéraux. Ici il n'y avait pas encore d'altération pulmonaire, mais des lésions probablement analogues du côté de la bourse séreuse située sous le tendon rotulien et des tubercules de l'épididyme.

Les considérations qui précèdent nous permettent d'insister peu sur le pronostic; certes il paraît bénin, alors que la tuberculose est localisée à des fongosités synoviales et que l'état général est parfait. Dans ces cas, l'ablation du mal a fait disparaître les accidents; toutefois, il faut se rappeler que la malade de M. Bouilly est revenu à l'hôpital pour une affection pulmonaire.

Le pronostic est grave, très grave lors de tuberculose généralisée, comme dans les faits de Lancereaux et dans deux de nos observations. Tantôt la mort survient par suite de complications pulmonaires, tantôt malgré l'ablation, le grattage, etc., les accidents locaux reparaissent et tendent à envahir les tissus voisins. Tel est le fait du malade que nous avons encore en traitement à l'hôpital Saint-Antoine.

Je n'insiste pas plus longtemps sur ce que j'avais à vous dire à propos de la synovite tondineuse de nature tuberculeuse. Cette question doit encore être étudiée; ce qui, je crois, sera assez facile, car beaucoup de synovites chroniques doivent se rattacher à ce type morbide. Toujours est-il, c'est que la manifestation tuberculeuse, ébauchée ou confirmée par l'anatomie pathologiquo,

[1] *Revue de chirurgie*, juillet 1882.

peut être primitive et essentiellement locale, ou bien symptomatique d'un état général grave.

De là deux pronostics différents, de là aussi deux thérapeutiques, l'une véritablement curative, ou ayant cette prétention théorique : l'ablation des fongosités tuberculeuses ; l'autre, seulement palliative, consistant surtout en compression, immobilisation et cautérisation.

Présentation de malade.

M. Paul Berger présente un malade qui a subi la *ligature de l'artère iliaque externe* pour un anévrisme de la partie supérieure de l'artère fémorale.

Voici l'observation succincte de ce cas.

M. V., âgé de 33 ans, sans antécédents héréditaires, et ne présentant autre chose à noter, dans son état général qu'une tendance précoce à l'obésité, a vu, il y a 4 ans, se développer sans cause occasionnelle appréciable, un anévrisme artériel du creux poplité du côté droit. Cet anévrisme cessa de battre, se rétracta et guérit à la suite d'une séance de compression digitale prolongée pendant 12 heures ; il ne se traduit plus aujourd'hui que par un peu moins de dépressibilité du creux poplité jadis malade.

Mais dès les premiers jours qui suivirent la compression, le malade constata l'apparition d'une tumeur pulsatile dans l'aine droite, au point même où la compression avait été faite. Cette tumeur occasionna d'abord quelques douleurs, qui peu après cessèrent, et elle continua de s'accroître silencieusement et tout d'abord sans déterminer de troubles. Mais depuis un an son volume s'est accru notablement ; il est survenu une sorte d'œdème éléphantiasique du membre inférieur tout entier, et des lésions crustacées et ulcéreuses de la peau se sont produites à la jambe du côté malade.

A son entrée à l'hôpital de la Charité, le membre inférieur droit présentait ainsi les troubles circulatoires et des troubles trophiques manifestes. Dans l'aine, s'observait une tumeur dure, peu dépressible, présentant des pulsations énergiques et un souffle intermittent correspondant à la diastole artérielle. Cette tumeur avait le volume d'une petite orange ; développée dans le triangle de Scarpa elle refoulait en haut l'arcade crurale, de telle sorte que l'on eut pu se demander si elle n'avait pas pris son origine sur l'artère iliaque externe. La compression de cette dernière faisait cesser les battements dans la tumeur et en diminuait le volume. A part un embonpoint excessif l'état général ne présentait rien de particulier à noter.

La ligature de l'artère iliaque externe fut décidée et pratiquée par

moi le 8 juin de cette année, avec l'assistance de MM. Gosselin et Farabeuf.

L'incision de la peau fut pratiquée suivant une ligne intermédiaire à celles adoptées par Cooper et par Abernethy. En divisant couche par couche les plans de la paroi on arriva très facilement à la couche graisseuse sous-péritonéale; mais l'angle externe de l'incision, trop rapproché de l'épine iliaque antéro-supérieure, faisait bride et empêchait de décoller le péritoine assez pour découvrir aisément l'artère. Suivant le conseil de M. Farabeuf avec lequel j'avais plusieurs fois répété la veille cette ligature à l'école pratique, j'allongeai en dehors l'incision de 3 à 4 centimètres suivant une ligne courbe revenant vers l'ombilic. L'artère fut alors facilement découverte et isolée à 3 centimètres au-dessus de l'arcade crurale; elle était saine en apparence; un fil de catgut fort fut passé au-dessous d'elle et graduellement serré, après qu'un autre fil d'attente eut été passé un peu au-dessus du point où l'artère devait être étreinte, en prévision de sa rupture possible. Les chefs du fil furent coupés au ras; le fil d'attente, laissé dans la plaie qui fut réunie par un grand nombre de points de suture; deux tubes à drainage furent laissés aux angles de l'incision que recouvrit un pansement de Lister. L'opération avait été faite suivant les règles de la méthode antiseptique.

Les suites de l'opération furent simples, malgré l'apparition d'une fièvre traumatique légère suivie d'un peu d'abattement et d'ictère. Le fil d'attente placé au-dessus de la ligature était un fil de catgut dont toute la partie profonde était dissoute le cinquième jour, indiquant ainsi le sort du fil qui étreignait l'artère. Malgré cette résorption rapide de l'agent constricteur, les battements de l'anévrisme que la ligature avait aussitôt fait cesser, ne réapparurent pas; la plaie superficielle se désunit et fut très longue à cicatriser en surface, mais il n'y eut pas de suppuration profonde.

La température comparée des deux membres, recueillie avec grand soin par M. Ozenne, montra une différence de 2 à 3 dixièmes de degrés à l'avantage du membre gauche, pendant les dix premiers jours; plus tard cette inégalité disparut.

Il y a 3 mois que le malade a quitté l'hôpital. La tumeur anévrismale ne se manifeste plus que comme une induration profonde et un peu diffuse, de la grosseur d'un marron, environ; elle ne présente ni souffle, ni pulsation; le malade marche sans fatigue, mais il doit porter un bas élastique avec genouillère et cuissard, car l'œdème et la sclérodermie du membre inférieur droit persistent. Les troubles trophiques (ulcérations et croûtes) ne sont même pas absolument guéris. La cicatrice abdominale est fort étendue; elle est résistante, mais l'expérience puisée aux consultations des bandages, au bureau central, m'ayant appris que ces cicatrices de la paroi abdominale finissent toujours pas se laisser distendre, je crois prudent de la soutenir au moyen d'un bandage herniaire, à pelote appropriée maintenue par un ressort puissant.

En résumé de cette histoire on doit retenir surtout les particularités suivantes :

1° La production d'un anévrisme artériel au point où une artère avait subi la compression digitale pour la cure d'un autre anévrisme qui fut en effet guéri par ce moyen. Ce fait est d'autant plus insolite que le sujet était jeune et que l'artère ne paraissait pas malade, ce qu'ont démontré l'opération et ses suites :

2° Au point de vue du manuel opératoire, la nécessité, pour décoller le péritoine et découvrir aisément l'artère à une certaine distance au-dessus de l'arcade crurale, de faire une incision courbe dont l'extrémité externe se relève beaucoup comme pour revenir vers l'ombilic :

3° L'efficacité de la ligature au catgut, malgré la résorption rapide du fil, et l'immunité que donne celle-ci contre la suppuration profonde au voisinage de l'artère, suppuration qui par les complications péritonéales ou les hémorragies secondaires qu'elle peut déterminer doit être considérée comme un des principaux dangers de la ligature de l'artère iliaque externe.

Présentation de pièces.

Résection sous-périostée de l'humérus en 1871; *reproduction osseuse. — Ostéite de l'os nouveau en* 1882; *désarticulation de l'épaule. — Guérison. — Présentation de l'humérus. — Fausse phtisie de Velpeau. — Paralysie radiale : adduction du pouce,*

par M. Nicaise.

L'observation de ce malade a été publiée dans la *Gazette médicale de Paris* (1874, p. 114).

Je rappellerai qu'il s'agissait d'un homme de 33 ans, qui avait eu l'humérus droit facturé par une balle le 6 avril 1871 ; le projectile avait coupé en même temps le nerf radial.

Le 24 avril, 18 jours après la blessure, pendant la période de suppuration, je fais la résection sous-périostée de l'humérus : par une incision externe, j'arrive dans le foyer de la fracture, dont les parois sont garnies de nombreuses esquilles. Tous ces fragments, dont l'un a 9 centimètres de long sont détachés du périoste. Il reste alors les deux extrémités de l'humérus ; la surface de la fracture de l'extrémité inférieure est assez régulière, aucune opération n'est nécessaire en ce point. L'extrémité supérieure présente au contraire un long prolongement en pointe, dénudé et nécrosé. Ce *v* saillant comprend une partie

de l'insertion du deltoïde. Je détache ce muscle avec une rugine et je résèque 5 centimètres de la diaphyse.

On a alors au milieu du bras une cavité longue de 13 à 14 centimètres tapissée par le périoste, déchiré en plusieurs endroits par le fait de la blessure ; au niveau des déchirures, il y a des bourgeons charnus.

Le membre est placé dans une gouttière et voulant essayer de conserver au bras sa longueur normale, je ne rapproche pas les fragments l'un de l'autre.

Pansement au vin aromatique.

La plaie bourgeonne, la cavité se comble peu à peu et l'intervalle qui existe entre les fragments devient résistant. Dans les premiers jours de juin on sent un cylindre volumineux très dur qui réunit les deux extrémités de l'humérus.

L'opéré est revu le 13 novembre 1871, sept mois environ après la blessure. La guérison est complète, le gonflement a disparu ; la diaphyse nouvelle est régulière, cylindrique et se continue sans ligne de démarcation avec les deux extrémités de l'humérus ; elle a le même volume que celle du côté sain. Le bras opéré présente un raccourcissement de 1 centimètre environ.

La paralysie radiale subsiste toujours et s'accompagne d'un gonflement des tendons de l'extenseur commun au niveau du poignet (Nicaise. *Du gonflement du dos des mains chez les Saturnins.* Gaz. Méd., 1868).

Le 19 février 1873, près de deux ans après l'opération, je présente le blessé à la Société de chirurgie. Le bras est très solide, J... a pu reprendre au bout d'un an son métier de tailleur de pierres, sans ressentir jamais dans le bras ni douleurs, ni tuméfaction.

La paralysie radiale persiste, il n'y a plus de tuméfaction des tendons, les muscles paralysés sont très atrophiés.

L'agent de la reproduction a été le périoste ; on ne pouvait faire intervenir, pour expliquer la formation de l'os nouveau, ni le tissu médullaire du canal central ou des canaux de Havers, ni le bourgeonnement des extrémités fracturées trop éloignées l'une de l'autre. Le tissu conjonctif voisin n'a pas non plus pris part à la reproduction osseuse, comme le démontre l'intégrité des muscles, qui, en cette région s'insèrent directement sur le périoste. L'os s'est reproduit par bourgeonnement de la couche interne du périoste, avec formation de trabécules osseuses au milieu des bourgeons ; c'est le mode de formation du cal dans les fractures avec plaie.

Il y a à remarquer encore l'âge du blessé, qui avait 33 ans. Les exemples de reproduction osseuse aussi étendue et aussi régulière sont rares, et la plupart des cas cités portent sur des malades beaucoup plus jeunes.

Depuis cette époque, c'est-à-dire pendant plus de dix ans, J... a continué son métier de tailleur de pierres sans éprouver ni gêne, ni dou-

leurs, sauf il y a quatre ans, où il se forma un abcès à la partie moyenne du bras. Je pensai que cet abcès, dont la guérison fut rapide, avait pour point de départ une ostéite déterminée par l'ébranlement imprimé à l'humérus par le choc du marteau sur le ciseau et j'engageai le malade à prendre des précautions et même à changer de profession, craignant le développement d'une ostéite plus grave.

J... continua le même métier.

Voici maintenant la suite de l'observation recueillie par M. Queyrat, interne des hôpitaux.

Il y a trois mois environ, le 2 juillet 1882, le malade éprouve sans cause appréciable des élancements dans la partie supérieure du bras droit; en même temps, il a un peu de fièvre. Cet état de malaise dure trois semaines au bout desquelles un médecin appelé constate la présence d'un foyer purulent et lui donne issue par une petite incision. Le malade reste encore huit jours chez lui, puis son état allant s'aggravant, il entre à Lariboisière, où on lui fait à la partie moyenne et antérieure du bras une assez longue incision par laquelle s'écoule une grande quantité de pus. Pansement à l'alcool. Injections d'alcool.

Au bout de 25 jours, la suppuration étant complètement tarie et la plaie en voie de cicatrisation, le malade demande à retourner chez lui. Il effectue le trajet dans une voiture de place, il est fortement cahoté et éprouve, à un moment donné, une douleur extrêmement vive au niveau du 1/3 supérieur du bras. Cette douleur a persisté depuis; de plus, peu après, s'est ouverte à la face interne et au tiers inférieur du bras une fistule donnant issue à une faible quantité de pus. D'autre part, enfin, la plaie en voie de cicatrisation s'est mise de nouveau à suppurer.

Le malade entre le 30 septembre 1882, à l'hôpital Laënnec (Service de M. Nicaise, salle Malgaigne, n° 14).

État à l'entrée. Le malade, aujourd'hui âgé de 45 ans, est amaigri, il a une teinte subictérique et tousse beaucoup.

Rien au cœur, urines normales.

Aux poumons, malgré la toux fréquente et une bronchorrhée purulente abondante, on ne trouve qu'une expiration prolongée dans la fosse sus-épineuse droite. Quelques râles ronflants à la base à gauche. L'appétit est bon, la langue nette.

Le membre supérieur droit est très amaigri, surtout au niveau des régions externe et postérieure de l'avant-bras. Léger aplatissement de l'éminence thénar, *adduction du pouce*, sensibilité conservée.

Au niveau de la partie moyenne et antérieure du bras, petite plaie donnant issue à une assez grande quantité de pus.

Seconde fistule en bas et en arrière.

De plus, il existe une vive douleur à la pression, au niveau du tiers supérieur du bras, douleur qui se retrouve tout aussi vive au niveau de l'articulation scapulo-humérale. Les mouvements spontanés sont presque impossibles. Les mouvements provoqués s'exécutent avec une vive souffrance.

Le bras est en adduction, l'avant-bras demi fléchi en légère pronations, soutenu, le plus souvent, par la main du côté sain.

Toniques, pensement antiseptique.

12 *octobre*. — Le malade a eu de petits frissons. La température axillaire est à 38°,8.

Le soir, la température est montée à 40°,4; 0,75 de quinine.

13 *octobre*. — Même état de malaise. M. Nicaise fait au niveau de la plaie supérieure une petite incision et pratique l'exploration du trajet fistuleux qui ne permet pas d'arriver sur l'os dénudé. Cependant il y a une mobilité anormale due sans doute à une *fracture spontanée*.

Température { M. 38.
S. 39,8. Nouveaux frissons.

14 *octobre*. — M. Nicaise, en présence de la suppuration abondante qui témoigne de l'existence d'un ou de plusieurs séquestres, se détermine étant donné l'âge et surtout l'état général du malade à une intervention radicale et propose la désarticulation de l'épaule à laquelle se résout le malade.

Opération le 15 *octobre*. — Anesthésie par le chloroforme. Désarticulation de l'épaule par le procédé de Larrey modifié. On trouve les tissus articulaires et péri-articulaires envahis par une infiltration de nature fongueuse que l'on enlève par raclage avec la curette L'hémostase est rendue très difficile par le fait de l'infiltration lardacée des tissus et surtout de la béance des veines adhérentes aux tissus voisins; après la ligature de l'artère axillaire, on est obligé de faire la ligature en masse des vaisseaux avec un serre-nœud que l'on laisse en place. Lavage de la plaie avec la solution forte. Dix points de suture aux fils de cuivre argenté. Drain de 12 centimètres de long; méthode autiseptique, pansement de Lister.

Le soir, température = 37°,2. Pouls = 108.

16 *octobre*. — Le malade va bien.

Température { M. 37,4
S. 38. Pouls 96.

17 *octobre*. — *Premier pansement*. On enlève le serre-nœud en laissant en place l'anse métallique. Pas de suppuration. Léger œdème des lèvres de la plaie qu'explique l'état antérieur des parties.

Température { M. 38.
S. 38,8. Pouls, 88.

18 *octobre*. — Plaie d'un bon aspect.

Température { M. 38.
S. 37,4. Pouls, 92

19 *octobre*. — Rien à noter. Le malade ne souffre pas, mange et dort bien.

Température { M. 37,2.
S. 37,8. Pouls, 84.

26 *octobre*. — On enlève le fil de fer et le dernier point de suture. La plaie est réunie par première intention. Sauf au niveau du drain qui conduit au dehors une suppuration abondante provenant de la cavité glénoïde. On remplace le drain par un autre de plus gros alibre afin de favoriser l'évacuation du pus.

Température { M. 37.
S. 37,4.

27 *octobre.* — L'état général est excellent. L'expectoration, très abondante avant l'opération, est considérablement diminuée.

EXAMEN DE LA PIÈCE. A l'incision des parties molles, on trouve le bout supérieur du *nerf radial* élargi, infiltré de tissu lardacé, se confondant avec le périoste et s'insérant sur l'os nouveau ; le bout inférieur aminci fait également corps avec le périoste. Les deux bouts sont distants l'un de l'autre de 6 centimètres. Le bout supérieur est en outre dévié de sa situation normale par suite de l'absence de gouttière radiale sur l'humérus.

Tous les *muscles innervés par le radial*, sauf le triceps, présentent une atrophie extrême et sont réduits à l'état de filaments d'un rose clair, tellement minces, qu'à l'avant bras le ligament interosseux apparaît dès que l'on a enlevé l'aponévrose antibrachiale. Cette atrophie porte sur les muscles extenseurs, le cubital postérieur, le court supinateur, les abducteurs et extenseurs du pouce, les radiaux. Le triceps et l'auconé ont conservé leur coloration. Cette atrophie et cette paralysie musculaires nous expliquent l'attitude de la main du malade, *le pouce en adduction continuelle et sans qu'il fut possible de le porter en dehors.*

Muscles du bras. — Rien à signaler, sauf au sujet du brachial antérieur qui est infiltré par places d'un tissu lardacé, pâle en certains points, et qui présente un éclat de balle situé au milieu des fibres musculaires.

État de l'humérus. — Fracture spontanée à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de l'os. En ce point, ostéite chronique avec formation de tissu néo-inflammatoire fongueux ; séquestre, perte de substance. Ces lésions portent sur l'extrémité supérieure de l'os nouveau.

On distingue bien les deux extrémités du nouvel os qui mesure environ 12 centimètres et qui est séparé en bas de l'extrémité inférieure de l'humérus par un étranglement circulaire.

Sa surface est très irrégulière, présentant des bosselures, des aspérités, des pointes, des enfoncements, des canaux par lesquels pénètrent les vaisseaux.

En ces points, le périoste est épais, très adhérent. En plusieurs endroits, des parcelles de plomb sont incrustées à la surface de l'os nouveau, parcelles qui étaient restées fixées au périoste lors de la résection.

Coupe verticale, médiane et antéro-postérieure de l'os. — En haut, l'os nouveau est plus épais, plus irrégulier et ne permet pas de distinguer un canal médullaire, en ce point existait la fracture spontanée. L'os est plein ; la coupe porte sur des séquestres en voie d'élimination, mais à la partie inférieure de l'os nouveau, on tombe sur un canal médullaire de nouvelle formation, long de 3 centimètres, plus étroit que le canal médullaire normal et encore séparé de celui du bout inférieur par une lame de tissu spongieux.

L'extrémité inférieure de l'os ne présente pas d'altération pathologique.

L'*extrémité supérieure* présente des traces d'ostéo-myélite chronique ; à la superficie, plusieurs points d'ostéite. L'inflammation s'étend jusqu'à la surface cartilagineuse. Il y avait arthrite purulente avec commencement de destruction des cartilages non décollés.

L'ostéo-myélite paraît s'arrêter à l'extrémité supérieure de la diaphyse sans envahir l'épiphyse de la tête humérale.

Remarques. — Cette observation peut donner lieu à plusieurs remarques :

1° L'examen de l'os nouveau nous montre que, dans sa partie inférieure, son aspect se rapprochait beaucoup de l'os normal, on distingue nettement une paroi formée de tissu compacte et un canal médullaire, mais encore séparé de celui de l'extrémité inférieure. La partie supérieure de l'os nouveau est moins parfaite, elle est plus volumineuse, plus irrégulière; on n'y distingue pas de canal médullaire. C'est là que siège l'ostéite qui a amené la *fracture spontanée.*

L'os nouveau a résisté pendant 10 ans aux ébranlements journaliers dont il était le siège, par suite de la profession du malade qui tailleur de pierres, manœuvrait continuellement le ciseau d'une main et le marteau de l'autre. Il est permis de croire que si la profession de l'opéré eut été tout autre, l'os nouveau n'aurait pas été le siège d'une ostéite.

2° J'insisterai aussi sur la modification de l'état général du malade : avant l'opération, cet homme était amaigri, pâle, il avait des transpirations abondantes ; la toux était fréquente depuis près de deux mois, les crachats abondants, purulents, les uns visqueux, d'autres nummulaires et nageant dans un liquide séreux ; en un mot, on pouvait craindre une tuberculose pulmonaire ; cependant, l'auscultation ne révélait rien qui put confirmer ce diagnostic. J'ai donc été conduit à penser que J... présentait ce que Velpeau a appelé la *fausse phthisie*, la bronchorrée purulente des malades qui ont un foyer de suppuration chronique. Après l'opération, l'amélioration fut rapide, et la bronchorrée purulente disparut en quelques jours, le malade ne rendait plus dans les 24 heures que quelques crachats purulents, visqueux. L'examen des poumons, fait avec soin par M. Damaschino, mon collègue à l'hôpital Laennec, m'a confirmé dans l'idée que les phénomènes observés devaient être rattachés à la *fausse phthisie de Velpeau.*

La température a baissé le jour même de l'opération et n'est monté qu'une fois au-dessus de 37°, tandis qu'auparavant elle était de 38°,34' et même 40°.

3° Enfin, je dirai quelques mots de la *paralysie radiale*. Il a été question plus haut de l'*atrophie extrême des muscles*.

Pendant plusieurs mois après la blessure, J... a eu du *gonflement du dos de la main*, par suite de la lésion des tendons extenseurs. En 1873, ce gonflement avait disparu. La dissection des tendons et de leurs gaînes, faite après la désarticulation, n'a montré aucune lésion anatomique.

Mais la paralysie radiale s'est accompagnée d'un signe sur lequel, je crois, on n'a pas appelé l'attention. J'ai dit plus haut que *le pouce était en adduction persistante*, et que J... ne pouvait jamais le porter en abduction. Cependant le muscle court abducteur de l'éminence thénar innervé par le médian n'était pas paralysé.

Mais ce muscle est-il bien abducteur? Duchenne (de Boulogne) le considérait comme un adducteur, portant le premier métacarpien en avant et en dedans. Ajoutons que, si généralement les muscles synergiques reçoivent leurs nerfs d'une même origine nerveuse, nous remarquons ici que le grand abducteur est innervé par le radial et le court abducteur par le médian, ceci permettrait donc de supposer que ces muscles ne sont pas synergiques.

Chez mon malade, il y avait paralysie radiale et adduction persistante ; ce fait, en mettant en évidence un signe particulier de la paralysie radiale, est en même temps favorable à l'opinion soutenue par Duchenne (de Boulogne), sur les fonctions du muscle dit court abducteur du pouce.

Élection

La Société procède à l'élection d'une commission de trois membres, pour l'examen des titres des candidats à une place de membre titulaire.

Sont nommés : MM. Périer, Marchand et Pozzi.

La séance est levée à 5 h. 20 m.

Le Secrétaire,

NICAISE.

Séance du 8 novembre 1882.

Présidence de M. Labbé.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine.* — *Archives générales de médecine.* — *Bulletin général de thérapeutique.* — *Revue de l'Est.* — *Journal de thérapeutique de Gubler.* — Compte-rendu de la Société de médecine de Toulouse. — *Union médicale de la Seine-Inférieure.* — *Lyon médical.* — *Alger médical.* — *Gazette médicale de Strasbourg.* — *Revue scientifique.*

3° *Practitioner.* — *British Medical.* — *Gazette médicale Italienne-Lombarde.*

4° Une lettre de M. Guyon demandant l'honorariat.

5° Une lettre de M. le Dr Dianoux, de Nantes, demandant à la Société de vouloir bien accepter un pli cacheté.

6° Deux mémoires de M. Demons, de Bordeaux, intitulés.

a) Un cas d'ostéotomie du fémur, par le procédé de Mac-Ewen pour la cure du genu valgum.

b) Sur l'emploi des pointes métalliques pour fixer les os après certaines résections articulaires. (Ces deux mémoires sont renvoyés à une commission composée de MM. Monod, Lucas-Championnière et Lannelongue.)

7° *Mémoire sur les opérations des fistules vésico-vaginales ;* par M. Maréchal, de Brest. (M. Lucas-Championnière, rapporteur.)

8° *Cinq observations d'hystérectomie*, par le Dr Queirel, de Marseille. (M. Lucas-Championnière, rapporteur.)

9° Un mémoire pour le prix Laborie, intitulé: *Documents pour servir à l'histoire du redressement brusque des membres difformes par fracture ou section osseuse.* Ce mémoire a pour épigraphe : Tout ou rien.

10° Un billet de faire-part annoncant à la Société la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. le Dr Puel, de Lille, membre correspondant de la Société de chirurgie.

La Société avait reçu il y a six mois, de M. Puel, le mémoire suivant :

Recherches anatomiques et expérimentales sur le mécanisme de l'hémostase par diverses attitudes particulières des membres.

par le Dr PUEL (Gustave),

Professeur d'anatomie normale à la Faculté de médecine de Lille, membre correspondant et Lauréat de la Société nationale de chirurgie.

Nous avons successivement examiné à ce point de vue exclusif, et indépendamment de toute discussion de leur valeur thérapeutique, dans les diverses circonstances de leur application, les procédés qui se rapportent, 1° *au membre supérieur*, 2° *au membre inférieur*.

1° PROCÉDÉS APPLICABLES AU MEMBRE SUPÉRIEUR.

Ils sont au nombre de quatre :

A. — *Flexion forcée de l'avant-bras sur le bras.*

B. — *Demi-flexion de l'avant-bras sur le bras, combinée avec la contraction active et énergique de la plupart des muscles et plus particulièrement de celle du biceps.*

C. — *Extension forcée de l'avant-bras sur le bras.*

D. — *Refoulement direct ou indirect de l'omoplate en bas et en arrière.*

Décrivons d'abord notre appareil instrumental. Il est des plus simples, et, s'il ne saurait réaliser toutes les conditions d'une circulation normale, physiologique, ce que nous sommes loin de contester d'ailleurs, il ne nous en a pas moins paru susceptible de se prêter à une analyse rationnelle et suffisamment rigoureuse, des phénomènes, d'ordre purement mécanique, dont nous nous proposons l'étude.

Un courant d'eau sous pression constante et qui n'excédait pas 250 millimètres de mercure, a été établi, en circulation dans le système artériel du membre en expérience. Deux canules de débit ou d'observation étaient placées dans les artères terminales de ce système, ou sur tout autre point à explorer (radiale ou cubitale au poignet, pour le membre supérieur ; pedieuse et tibiale postérieure pour le membre inférieur).

A. — *Flexion forcée de l'avant-bras sur le bras.*

On est généralement d'accord pour faire dériver ce procédé, d'une simple notion fournie à Bichat par l'expérimentation physiologique, celle de la suppression du pouls radial, par une flexion forcée de l'avant-bras sur le bras. Cette unanimité des auteurs n'est pas la

même, s'il s'agit de déterminer parmi les chirurgiens, celui qui le premier s'en inspira pour instituer le procédé et en faire l'application. Ce serait Formy d'après les uns, Johnson d'après les autres, Malgaigne pour le plus grand nombre. Quoi qu'il en soit, et sans nous arrêter à la discussion de cette priorité, il n'en est pas moins avéré qu'il a été maintes et maintes fois mis en usage, surtout pour remédier aux hémorragies palmaires, et que sa valeur thérapeutique dans ces circonstances, soit comme procédé d'hémostase définitive, temporaire, ou comme simple adjuvant, est encore de nos jours diversement appréciée, malgré les efforts d'Adelmann pour en vulgariser la pratique, par la publication des succès qu'il lui rapporte. (Archiv. f. klinische Chirurg. Von Langenb. Band III., page 21, 1862. —Ibidem Band. XI, Heft 2. 1869).

La réalité d'action et le degré d'efficacité de ce procédé d'hémostase ne sont pas d'ailleurs sans donner lieu à des divergences d'opinions très accusées, et, alors que pour les uns, il suspendrait complètement l'hemorragie artérielle, pour les autres il ne produirait qu'une simple atténuation.

Il en est de même de l'interprétation de son mécanisme. D'après Malgaigne, l'inflexion seule de l'artère humérale au pli du coude et indépendamment de tout autre facteur suffirait pour expliquer l'arrêt du cours du sang.

Tripier (article A. Brachiale du *Dict. encycl.*) le fait résulter de la compression subie par l'artère, entre les deux plans musculaires du biceps et du brachial antérieur, simultanément contractés. Un état de contraction *active* de ces deux muscles serait la condition *sine qua non* de la production de cette hemostase.

Richet (*Anat. medic.-chirurg.*) résumant la manière de voir du plus grand nombre, reconnaît que ce mécanisme n'est pas encore suffisamment déterminé et tendrait à admettre que l'inflexion de l'humérale, aussi bien que sa compression médiate par les muscles, y concourent chacune pour une certaine part.

Nous avons dû vérifier, en premier lieu, la réalité de cette suppression de la circulation radiale et cubitale au poignet, sous l'influence d'une flexion forcée de l'avant-bras sur le bras. La canule d'apport était placée dans l'artère axillaire. Notons ici un détail de pratique qui a son importance et peut, étant négligé, conduire à une interprétation erronée du résultat expérimental. Il est indispensable de prévenir ou d'atténuer du moins, le gonflement des muscles, effet de l'hydrotomie sous pression qu'ils subissent, par l'incision préalable de la veine axillaire ainsi que celle de plusieurs des veines superficielles de l'avant-bras et du pli du coude.

En expérimentant dans ces conditions sur un total de dix cadavres de sujets adultes, d'âge, de sexe et de développement

musculaire divers, voici quelles sont les constatations et les remarques particulières qu'il nous a été donné de faire.

1° l'interruption complèle absolue du débit radial et cubital, sur le plus grand nombre des sujets (sept), sous l'influence d'une flexion de l'avant-bras sur le bras, *poussée et maintenue à son extrême limite,* flexion réalisée dès les premiers instants et avant toute infiltration appréciable du membre.

Diminution très notable de ce débit, mais sans interruption complète toutefois, sur deux sujets placés dans les mêmes conditions d'expérience. Nous remarquons dans ces deux cas un développement musculaire beaucoup moins accusé que sur les sujets précédents.

Dans un seul cas, l'écoulement a persisté, peu modifié comme abondance de débit, mais sensiblement comme force de jet; le cadavre était celui d'une jeune femme de 24 ans, ayant succombé à la période ultime de la phthisie pulmonaire, dans un état d'amaigrissement extrême.

2° Une simple flexion ne produisant que l'inflexion de l'humérale au pli du coude, *sans application et compression réciproque des masses musculaires interposées,* n'a jamais amené la cessation complète de l'écoulement; les débits de la radiale et de la cubitale n'en étaient que peu modifiés.

3° Le *début* d'une modification notable dans ces débits a toujours coïncidé avec le moment où se produisait la juxtaposition des faces antérieures du bras et de l'avant-bras, et, s'accentuait en réduction en raison directe de la force déployée pour la rendre plus intime; il suffisait d'une simple détente dans cette flexion parvenue à ce degré, pour voir aussitôt reparaître l'écoulement du liquide, et cela malgré la persistance d'une inflexion à angle très aigu imprimée à l'artère.

4° L'interruption aussi bien que le rétablissement de la circulation, dans la radiale et la cubitale, ont toujours été simultanés.

5° L'avant-bras fléchi sur le bras, la *main ayant été au préalable placée et maintenue en supination forcée,* nous avons fait la remarque, comparativement, qu'il fallait, dans ces conditions, un angle de flexion moins aigu, pour obtenir les mêmes effets de modification ou d'interruption du courant liquide.

6° Dans une circonstance enfin, ayant négligé l'ouverture préalable des veines, et le membre étant devenu le siège d'un gonflement général et progressif, il a suffi d'une légère flexion, dépassant de très peu celle de l'angle droit, pour obtenir facilement un arrêt complet de la circulation. Nous avons pu constater ainsi une corrélation, entre le degré de ce gonflement des masses musculaires et celui de la flexion nécessaire pour intercepter le courant liquide;

il fallait la produire d'autant moins prononcée que ce gonflement était lui-même devenu plus considérable.

Telles sont les données expérimentales d'après lesquelles nous nous sommes cru autorisé à formuler les propositions suivantes :

L'arrêt de la circulation dans les artères radiale et cubitale au poignet, sous l'influence de la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras, ne saurait exiger comme condition *nécessaire* un état de contraction *active* des muscles. On l'obtient, expérimentalement sur le cadavre, mais avec une flexion forcée poussée à *son extrême limite.*

L'inflexion de l'humérale au pli du coude n'en est ni le facteur unique ni le facteur principal. Elle y contribue néanmoins, mais dans une mesure assez faible.

Il résulte d'une action s'exerçant sur l'humérale, ou bien, simultanément sur la radiale et la cubitale à la fois.

Cette action est le fait d'une compression médiate exercée sur la portion terminale de l'humérale par les masses musculaires interposées dans l'angle de flexion, et réciproquement comprimées entre deux plans osseux mus en charnière.

Parmi ces masses musculaires, l'agent compressif le plus direct est constitué par la masse épitrochléenne et plus particulièrement par celle du grand pronateur.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à légitimer ces conclusions, en les appuyant de quelques résultats expérimentaux destinés à les vérifier.

Pour ce qui concerne l'impossibilité de l'arrêt de la circulation par l'inflexion seule de l'artère et le concours *nécessaire* à cet effet de l'action compressive des muscles, nous l'avons constaté de nouveau, en répétant l'expérience sur un choix de sujets très amaigris et toujours avec le même résultat que précédemment sur la femme phthisique. Nous avons encore comparativement répété l'expérience avant et après l'ablation des parties charnues recouvrant le quart inférieur de l'humérale, l'avant-bras étant en flexion sur le bras, et dans ces conditions, les résultats obtenus ont constamment confirmé nos déductions premières.

Dans une dernière série d'expériences, l'avant-bras étant placé et maintenu en flexion forcée sur le bras la *main en supination forcée*, nous avons poussé par l'artère axillaire une injection coagulable et à empreinte (cire et térébenthine) dans des conditions de température et de composition, devant en assurer une pénétration facile. Nous avons il est vrai, poussé cette injection avec une pression modérée, mais suffisante toutefois, comme nous nous en sommes assuré par une épreuve comparative sur l'autre bras, pour la faire parvenir jusque dans les arcades palmaires, dans

l'état de demi flexion du membre. Sur un total de six essais de ce genre nous avons toujours vu l'arrêt de la matière à injection, coagulée au point de terminaison de l'humérale, à l'origine des artères radiale et cubitale, injectées quelquefois l'une et l'autre (deux fois) dans l'étendue d'un centimètre environ. A ce niveau les portions d'artère injectées présentaient dans la matière coagulable dont elles étaient remplies, les traces les plus évidentes d'un aplatissement transversal suivant un plan vertical, témoignant d'une compression exercée de dehors en dedans reproduite par l'empreinte. Cet aplatissement se remarquait sur l'étendue de deux centimètres au-dessus de la bifurcation de l'humérale.

Cette circonstance dans le siège de l'obstruction, pour l'explication de laquelle nous ne saurions admettre une simple coïncidence, nous a donc paru devoir indiquer celui de la compression subie par l'artère, en même temps que la forme, l'étendue de l'empreinte en précisaient la cause.

Et en effet : qu'on veuille bien se reporter à la disposition topographique de cette portion terminale de l'artère humérale au pli du coude et l'on verra sa bifurcation s'effectuer suivant un plan vertical, comme insinué de champ entre les deux masses musculaires externe et interne de la face antérieure du tiers supérieur de l'avant-bras, au niveau d'une sorte de gouttière, intéressante surtout par ses rapports, ses connexions, et dont la description au point de vue de quelques particularités à signaler, mérite de nous arrêter quelques instants.

On peut la considérer, en quelque sorte, comme un aboutissant inférieur de la gaîne des vaisseaux huméraux, de forme prismatique à arête plongeant dans la profondeur de la région et à base superficielle, formée par l'aponévrose antibrachiale doublée de l'expansion tendineuse du biceps. De ses pans, dans sa portion supérieure, la seule qui nous intéresse, l'externe répond à la face antérieure contournée et devenue interne du tendon direct du biceps, et à la masse musculaire épicondylienne ; l'interne, à la masse épitrochléenne et plus spécialement à celle du muscle grand pronateur, dans la gaîne duquel s'insinue l'artère radiale dès son origine ou peu après, ce qui est plus exact.

Il est encore aisé de vérifier que la portion terminale de l'humérale, contenue dans cette portion de la gouttière, y subit, dans l'attitude de la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras, une compression médiate, exercée par les muscles interposés dans l'angle de flexion, dont la masse épitrochléenne, le grand pronateur surtout, constituent l'agent le plus direct, et, qu'elle ne peut échapper à cette compression, dirigée d'avant en arrière et un peu obliquement de dedans en dehors, maintenue

qu'elle est à ce niveau, de ce côté externe, par le plan fibreux que lui oppose le tendon direct contourné du muscle biceps.

Il nous paraît donc à priori, d'après cette disposition anatomique qne toute condition venant à accroître soit le volume, soit la rigidité, la résistance de ces divers agents de compression, devra avoir pour conséquence certaine, une interruption plus aisée et mieux assurée du courant artériel. Or, n'est-ce pas la remarque que nous avons faite, dans le cours de ces recherches, en expérimentant sur des sujets qui présentaient des muscles volumineux, soit normalement développés, soit gonflés par l'infiltration du courant d'eau ? Tripier, et quelle que soit l'interprétation différente de la nôtre qu'il donne de son mécanisme, n'a-t-il pas établi par l'observation clinique, le rôle de cette contraction active du biceps et de son tendon par conséquent, puisqu'il en fait la condition essentielle de production de l'hémostase? Qu'est-ce donc enfin que cette supination forcée de la main, amenant comme nous l'avons constaté, l'arrêt de l'écoulement avec un moindre degré de flexion, si ce n'est la substitution par cette attitude, d'une masse charnue en état de tension, celle du grand pronateur, à sa flaccidité cadavérique, et, ne peut-on pas en conclure, qu'à l'état physiologique, ses effets compressifs seront accrus de ceux de l'activité des muscles antagonistes, activité dont le résultat immédiat ne peut être que de donner une tension plus grande à la masse épicondylienne, paroi externe de cette gouttière dans laquelle l'expérimentation et l'analyse des dispositions anatomiques nous conduisent à placer plus particulièrement le siège de la compression de l'humérale?

B. — *Demi-flexion de l'avant-bras sur le bras, combinée avec la contraction active et énergique de la plupart des muscles et plus spécialement de celle du biceps.*

On doit au professeur Verneuil, d'avoir signalé combien cette attitude entrave la circulation veineuse et facilite l'hemorragie capillaire à la suite des plaies de la main ou des doigts. (*Gaz. hebd.* 1862 p. 642). Il l'attribue à l'état de tension de l'expansion tendineuse du biceps, dont l'influence sur la circulation dans les vaisseaux huméraux, lui paraît incontestable, aussi bien dans la demi-flexion avec contraction du biceps que dans l'extension forcée.

D'après Tripier, (loc. cit.) un sujet vigoureux, dont l'avant-bras fait avec le bras un angle de 120° et même davantage, peut, s'il contracte son biceps avec force, faire cesser complètement le battement radial; mais lorsqu'il est fatigué, son biceps se relâche et les battements reparaissent. La flexion fut-elle complète, ajoute-

t-il, si le muscle n'est pas en contraction, le pouls persistera dans la radiale. Pour cet auteur, dans l'une et l'autre de ces conditions, l'interruption du cours du sang résulte d'un mécanisme unique, différent de l'interprétation qu'en donne Verneuil, l'aplatissement de l'artère humérale par la compression qu'elle subit entre les deux plans musculaires contractés, du biceps et du brachial antérieur,

On comprendra que par le genre d'expérimentation exclusivement cadavérique, auquel nous avons eu recours, nous ne puissions donner de ce mécanisme une interprétation susceptible de convaincre ; aucun artifice, en effet, ne pouvant suppléer au défaut de cette activité musculaire, condition essentielle de la production de l'hémostase. Néanmoins, peut-être parviendrons-nous à appuyer celle qu'en a donné Verneuil, de quelques recherches anatomiques qui nous ont permis de constater, dans la région du pli du coude et celle du tiers inférieur du bras ; plusieurs particularités intéressant directement notre sujet, passées inaperçues ou du moins non signalées par les auteurs.

L'artère humérale, dans la portion oblique de son tiers inférieur, repose sur la partie la plus interne de la face antérieure du brachial antérieur. Elle est solidement maintenue dans ces rapports, non seulement par sa gaîne propre, mais encore par un revêtement aponévrotique spécial, puissant, parfaitement approprié par ses connexions et sa texture à l'action compressive qu'on lui attribue.

Il se compose de deux couches : la première, la plus superficielle, de disposition on ne peut plus simple ; l'autre, de disposition plus compliquée, du moins en ce qui concerne ses rapports.

Le premier feuillet n'est que l'aponévrose d'enveloppe générale de la région antérieure du bras, présentant à ce niveau une épaisseur et une résistance plus grande, par l'adjonction de faisceaux de renforcement à direction oblique de haut en bas et d'avant en arrière, et qui vont s'insérer sur la portion supéro-interne de l'aponévrose anti-brachiale. Cette première couche, une fois enlevée par une dissection attentive, on a sous les yeux la couche profonde qui nous reste à décrire.

Elle diffère de la précédente par son origine et ses connexions avec les parties voisines, suivant que l'on considère sa moitié inférieure ou sa moitié supérieure.

Dans sa moitié inférieure, la plus épaisse et la plus résistante, elle est exclusivement formée par l'expansion aponévrotique du biceps, sur la disposition de laquelle nous n'avons rien de particulier à signaler. Rappelons toutefois, au point de vue du rôle d'agent de compression sur l'artère humérale qu'on lui attribue, la

part qu'elle prend à la formation de cette gouttière dont il a déjà été question, sorte de canal contractile, à effets rendus on ne peut plus appréciables sur le cadavre, par des mouvements alternatifs de flexion et d'extension imprimés à l'avant-bras.

Dans sa moitié supérieure, cette couche profonde, sans paraître aussi résistante, n'en est pas moins bien disposée en vue d'une compression active et énergique à exercer sur la portion d'artère qu'elle recouvre. Confondue sans doute, avec l'expansion aponévrotique du biceps qu'elle continue en haut, elle n'a frappé autrement l'attention qu'à titre de simple irradiation de ses faisceaux les plus supérieurs. Elle mérite cependant d'en être distinguée par des rapports, des connexions qui lui sont propres et dont l'étude nous a conduit à la constatation des particularités anatomiques suivantes :

Sur un nombre total de 30 examens de la région, pratiqués sur quinze sujets de dissection, d'âge, de sexe et de développement musculaire divers, pris au hasard dans l'amphithéâtre d'anatomie de la faculté de Lille, nous avons toujours constaté l'existence de cette partie supérieure de la couche profonde, *en connexion avec le muscle brachial antérieur*. Nous n'ignorons pas l'anomalie d'insertion partielle du brachial antérieur sur l'aponévrose anti-brachiale, mentionnée par les auteurs, mais on verra qu'il y a loin de cette mention succinte à la disposition telle qu'il nous a été donné de l'envisager et de la décrire.

Quatre fois seulement les relations étaient établies, par la continuité des fibres de l'aponévrose d'enveloppe de ce muscle, se portant obliquement vers la région anti-brachiale interne. Dans tous les autres, ces rapports plus intimes étaient réalisés par des faisceaux fibreux en continuation directe avec les fibres musculaires elles-mêmes du brachial antérieur, et, très souvent ces fibres musculaires prolongées passaient au-devant de l'artère, pour aller se fixer sur l'aponévrose anti-brachiale au point d'épanouissement de l'expansion tendineuse du biceps.

Sur cinq de ces sujets, ces fibres émanaient manifestement d'un faisceau musculaire interne du brachial antérieur, séparé du corps du muscle, par un interstice celluleux des plus apparents, rendu encore plus distinct, par la branche terminale du nerf musculo-cutané, le parcourant dans presque toute sa longueur. Dans trois circonstances, nous avons vu ce faisceau musculaire se bifurquer inférieurement; l'un, le plus interne, se portait vers l'aponévrose anti-brachiale, en suivant le trajet ordinaire; l'autre allait s'insérer sur le bord interne et postérieur du tendon du biceps à son origine, associant ainsi ces deux muscles dans une

même compression à exercer sur le quart inférieur de l'artère humérale.

Sans nous exagérer aucunement l'importance de ces quelques particularités anatomiques, qui démontrent cependant la constance d'une disposition du plan aponévrotique recouvrant l'artère, susceptible d'étendre et de renforcer le champ de compression active qu'elle est appelée à subir, dans l'attitude de la demi-flexion ou de l'extension de l'avant-bras, qu'il nous soit permis d'appeler l'attention sur la fréquence de cette anomalie d'insertion inférieure du brachial antérieur, qui s'est présentée à nous dans le cours de ces recherches.

A un autre point de vue, la présence de l'expansion terminale de ce faisceau de fibres charnues, dans la région interne du pli du coude n'est peut-être pas sans intéresser la médecine opératoire, par les erreurs de recherche de l'artère humérale à ce niveau, auxquelles il peut donner lieu. Nous en avons été témoin, dans un exercice pratiqué sur un des membres présentant cette anomalie.

C. — *Extension forcée de l'avant-bras sur le bras.*

C'est pour se rendre compte du mécanisme de ce procédé d'hémostase, que les développements qui précèdent, trouvent surtout leur application, et il nous a suffi de quelques expériences, pour établir la réalité de cette compression artérielle par le plan aponévrotique que nous venons de décrire.

Constamment, en effet, nous avons vu le courant liquide interrompu simultanément dans la radiale et la cubitale, sous l'action d'une extension forcée de l'avant-bras sur le bras. Nous avons encore constaté, de visu, par la dissection, le siège exact de cette compression, qu'il suffisait de faire cesser, par l'incision de cette bandelette aponévrotique, pour voir reparaître aussitôt l'écoulement.

A ces faits, déjà par eux-mêmes assez démonstratifs, nous pouvons en ajouter d'autres, non moins probants.

Une injection de matière coagulable, poussée avec une force modérée par l'artère axillaire, l'avant-bras étant fixé et maintenu jusqu'après refroidissement en extension forcée sur le bras, nous avons toujours vu l'injection arrêtée et son empreinte très comprimée, au niveau de cette expansion aponévrotique terminale.

D. — *Refoulement direct ou indirect de l'omoplate en bas et en arrière.*

Les rapports de l'artère sous-clavière, à son passage entre la clavicule et la première côte, ont depuis longtemps suggéré l'idée

de les utiliser, en vue d'une compression à exercer sur cette artère. De cette donnée anatomique est né le procédé qui consiste à produire un abaissement en bas et en arrière de la clavicule, soit directement soit indirectement, en intervenant sur l'omoplate ou le moignon de l'épaule, par une attitude appropriée, imprimée au membre supérieur.

L'interprétation du mécanisme de cette compression ressort avec une telle évidence, du simple examen de la région, que nous ne nous serions pas arrêté à le discuter, n'eut été le rôle attribué par Klotz, à l'état de tension de l'aponévrose cervicale profonde et de celle du sous-clavier, par le fait de cette attitude (*Arch. de méd.*, 1870, t. 15, p. 359). Nos recherches, en vue de vérifier l'influence de cette tension aponévrotique, ne nous laissent aucun doute; son action compressive sur l'artère, nous a paru nulle et l'écoulement par l'humérale a été complètement suspendu, alors même que cette aponévrose cervicale profonde, détachée de toutes ses attaches, était réséquée dans toute l'étendue de la région sus-claviculaire.

Le muscle sous-clavier est l'agent direct de cette compression transmise par le refoulement de la clavicule vers la première côte, et l'arrêt de l'écoulement du liquide était d'autant plus complet, plus rapidement obtenu avec moins d'efforts, que ce muscle était plus volumineux.

2° *Procédés applicables au membre inférieur.*

Ils sont au nombre de deux :

A. — *Flexion forcée de la jambe sur la cuisse.*

B. — *Flexion forcée de la jambe combinée avec fortes tractions exercées sur le pied.*

A. — *Flexion forcée.*

Il ne saurait ici être question de la flexion de la jambe sur la cuisse, appliquée au traitement des anévrysmes poplités, dont l'action mécanique est différente, par le fait de la tumeur anévrysmale interposée, devenue ainsi agent de compression.

L'analogie avec ce qui se passe pour la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras, a dû conduire les auteurs du procédé à y recourir dans les hémorragies plantaires. Préconisé surtout par Vidal, il a été souvent appliqué par Johnson, Fry. Togood, etc., etc., sans cependant que sa valeur puisse s'accréditer parmi les chirurgiens français.

Nos essais expérimentaux ne laissent pas en effet que de lui être peu favorables et appliquant le même mode d'investigation que pour le membre supérieur, nous n'avons jamais pu réussir à

intercepter le courant liquide dans les artères pédieuse et tibiale postérieure. C'est à peine si leur débit en était influencé.

Il en a été de même des injections coagulables qui toujours, quel que soit le degré de force déployée pour produire et maintenir la flexion forcée de la jambe sur la cuisse, sont parvenues librement dans les artères du pied.

B. — *Flexion forcée combinée avec tractions sur le pied.*

Ce procédé, qui n'est qu'une modification du précédent, a été proposé par Hyrtl, qui affirme avoir pu obtenir ainsi la suppression des battements de la tibiale postérieure.

L'épreuve à laquelle nous l'avons soumis, nous a constamment démontré la persistance de l'écoulement par l'artère tibiale postérieure, mais une interruption complète par la pédieuse, à la condition toutefois, d'une attitude d'extension forcée du pied sur la jambe. Nous nous sommes assuré que ce résultat était dû à la compression subie par l'artère à son passage sous le ligament annulaire dorsal.

Rapport

sur une observation de M. Bouilly, intitulée : *Perforation de l'artère poplitée dans un foyer purulent. — Ligature de la fémorale. — Mort.*

par M. Monod.

J'ai de très courtes observations à vous présenter sur l'observation qui vous a été adressée par M. le Dr Bouilly.

Je résume d'abord le fait. Homme de 30 ans, atteint depuis l'âge de 16 ans, d'une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur, dont il porte encore les traces. L'os est resté gros, mais il n'y a jamais eu de suppuration. A diverses reprises, se sont produites des poussées douloureuses avec phénomènes généraux graves. C'est pour un accident de ce genre qu'il entra à l'hôpital en septembre 1881. On constata facilement l'existence d'une vaste collection profonde, étendue depuis le condyle interne, jusqu'à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur de la cuisse. L'os est tuméfié et douloureux. L'articulation est saine.

La douleur spontanée est vive, l'état général mauvais : langue sèche, fièvre assez intense (38°,5 à 39° le soir).

Ouverture de la collection le 22 septembre, avec le bistouri jusque et y compris l'aponévrose, avec la sonde cannelée à travers

le vaste interne, avec le doigt dans la profondeur. Pus abondant (5 à 600 gr.), crémeux, bien lié. On ne constate ni dénudation osseuse, ni séquestre. Le doigt arrive jusque sur le paquet vasculo-nerveux poplité qui est à nu dans le foyer. Aussi renonce-t-on à toute autre intervention (raclage ou recherche du séquestre) et se contente-t-on de placer un drain debout, après lavage et évacuation complète. Pansement de Lister.

L'amélioration de l'état général ne fut pas aussi considérable qu'on aurait pu l'espérer. La langue resta sèche, et la fièvre, bien que moins vive, persista. L'examen des urines, répété à plusieurs reprises, fut toujours négatif. Le pus s'écoulait bien par la plaie, non fétide. Aucune complication locale.

Survient, quinze jours après l'opération (le 7 octobre) une hémorragie abondante, immédiatement après le pansement du matin. La perte avait été énorme ; le malade était pâle, en état syncopal. L'artère comprimée au pli de l'aine, la plaie fut agrandie et la source de l'hémorragie cherchée. Il fut bientôt reconnu que c'était l'artère poplitée elle-même qui fournissait le sang. Une pince à forcipressure appliquée sur le vaisseau au-dessus de la perforation, arrêta momentanément tout écoulement nouveau.

Restait à savoir à quel parti il convenait de s'arrêter. M. Bouilly reconnut fort sagement que l'on ne pouvait espérer voir un caillot solide se former dans une artère ulcérée, et plongée dans un foyer purulent, et il se décida à pratiquer, séance tenante, la ligature de la fémorale au tiers moyen de la cuisse. L'hémorragie fut alors définitivement et complètement arrêtée.

Il faut noter que dans les recherches faites dans le creux poplité pour découvrir le vaisseau blessé, le doigt ouvrit tout à coup une collection purulente abondante qui siégeait sans doute à la face externe du fémur, et que rien ne révélait à l'extérieur. L'existence de cette collection expliquait la persistance de la fièvre après l'évacuation du premier abcès.

Trente-six heures plus tard, le malade fut trouvé le matin mort dans son lit.

L'autopsie ne révéla pas la cause de cette mort subite. L'artère poplitée présentait, à la partie moyenne, une petite ulcération à bords minces, déchiquetés, d'environ 2 millimètres d'étendue. Elle siégeait sur le côté interne du vaisseau, sur la paroi opposée à la veine; celle-ci, à ce niveau, était adhérente à l'artère.

Quelle a été, dans ce cas, la cause de la perforation de l'artère? Il ne me semble pas qu'elle puisse être attribuée à la présence du drain dans le foyer. En effet, vous aurez remarqué que le tube a été introduit seulement entre les lèvres de la plaie extérieure, il ne traversait pas en anse le foyer purulent, il ne pouvait donc pas

exercer sur le vaisseau cette pression continue qui a été, avec raison, considérée dans quelques faits comme la cause déterminante de l'ulcération du vaisseau.

Je considère bien plutôt l'observation de M. Bouilly comme un nouvel exemple de perforation spontanée d'une artère dans un foyer purulent.

J'ai exposé dans la dernière séance le double mécanisme suivant lequel cette perforation peut se faire. Je rappelle en deux mots que pour moi elle peut résulter de la simple inflammation de l'artère, inflammation qui a pour effet la disparition de la tunique moyenne, et par conséquent l'affaiblissement de la paroi vasculaire. Cet affaiblissement, à un moment et sur un point donnés, peut être tel que l'artère cède à l'impulsion de l'ondée sanguine, quelquefois à la faveur d'une cause accidentelle, effort ou mouvement intempestif. (Chez le malade de M. Bouilly, comme dans d'autres cas de ce genre, ce fut au moment du pansement que l'hémorragie se produisit.) Si cet accident n'est pas plus souvent observé, c'est d'abord que l'artère, même dans un foyer purulent, peut ne pas s'enflammer; c'est ensuite qu'à la disparition de la tunique moyenne correspond habituellement une hypertrophie compensatrice de la tunique externe, qui résiste efficacement à la pression sanguine.

J'ai dit que l'ulcération du vaisseau pouvait encore se produire suivant un autre processus. Toute artère mise à nu dans un foyer purulent ou inflammatoire, tend à s'entourer d'une gaine protectrice due à la prolifération de la tunique externe enflammée. Si cette gaine fait défaut, ou se détruit sur place par voie de suppuration après s'être formée, la tunique moyenne mise à nu, s'enflamme et suppure à son tour; elle est détruite et le vaisseau réduit à la tunique interne, cède au moindre effort.

En somme, dans l'une et l'autre hypothèse, la perforation est due à la non-production de certains phénomènes compensateurs ou protecteurs, qui devraient assurer l'intégrité du vaisseau. Cette insuffisance organique dépend-t-elle de l'état général du malade? Je suis porté à croire que dans bien des cas, il doit en être ainsi.

Tel est aussi le sentiment de M. Bouilly. Pour lui, c'est à la faveur de l'état fébrile qui persista chez ce malade à la suite de l'ouverture du premier abcès, que l'artère dénudé ne se recouvrît pas d'une couche protectrice de bourgeons charnus et que l'ulcération put se produire.

Je n'ai pas besoin d'insister plus longuement pour faire ressortir l'intérêt de cette observation, qui vient si bien compléter la série des cas dont je vous entretenais dans ma précédente communication.

Je vous propose donc de déposer l'observation de M. Bouilly dans nos archives et d'inscrire son auteur dans un rang honorable sur la liste des candidats à la prochaine place vacante de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Discussion.

M. Trélat. M. Monod a réuni un grand nombre de faits pour étayer la démonstration des hémorragies artérielles dans les foyers de suppuration, mais pour expliquer leur formation il a discuté deux opinions, cherchant à faire prévaloir l'une sur l'autre.

La question, je crois, ne doit pas être présentée de cette façon, car les deux opinions sont vraies, il y a des hémorragies septicémiques et des hémorragies par fonte de la paroi artérielle dans un foyer de suppuration.

J'ai vu dans le service de Roux à l'Hôtel-Dieu une femme ayant un abcès scrofuleux, mourir d'hémorragie, elle n'avait pas de septicémie.

Dans d'autres cas j'ai vu des hémorragies septicémiques, pendant la guerre et depuis à l'hôpital.

Un homme blessé à la cuisse eut une hémorragie incœrcible, la ligature, l'amputation ne purent en triompher, il mourut.

Chez un jeune homme ayant une plaie à la main, les hémorragies se reproduisirent, malgré les ligatures, l'amputation ; la mort survint.

Dans ces cas les phénomènes d'hémostase ne s'accomplissent pas et l'hémorragie reparaît.

Il y a donc deux ordres de faits, les hémorragies ne sont pas toujours dues à la même cause.

M. Verneuil. Je ramènerai la question sur son terrain, il ne s'agit pas des hémorragies qui surviennent après la blessure d'un vaisseau, mais des hémorragies dans la continuité, consécutives à la suppuration. Celles-ci peuvent être septicémiques.

La paroi artérielle cède dans un foyer ; les phénomènes qui se passent sont comparables à ceux qu'on observe après la dénudation des artères dans l'ablation des tumeurs; en général les parois artérielles s'épaississent, et s'il n'y a ni fièvre, ni septicémie on n'observe jamais d'hémorragie.

Si, au contraire, ces complications surviennent, la couche protectrice qui recouvrait l'artère disparaît, la tunique moyenne est découverte, elle se nécrose et s'il n'y a pas de caillot dans l'artère une rupture se produit.

Il y a donc deux espèces d'hémorragies septicémiques.

Celles qui se montrent après une blessure artérielle et celles qu'on observe chez les individus qui ont un foyer purulent ouvert ou fermé.

M. Trélat. Il y a des hémorragies septicémiques, mais d'autres sont dues à une fonte des parois artérielles ; les deux mécanismes existent et ils n'ont ni la même marche, ni la même évolution.

M. Monod. Je n'ai pas cherché à faire prévaloir une opinion sur l'autre, car j'admets aussi l'existence des deux mécanismes.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Discussion sur les hémorragies dans les foyers purulents. (Suite.)

M. Després. Dans la statistique que M. Monod nous a présentée, figurent quinze observations d'hémorragies de la carotide interne survenues dans la carie du rocher; ces faits doivent être retranchés, car l'hémorragie reconnaît pour cause ici une pression, ou la présence d'un corps étranger.

Nous voyons bien dans les cavernes de la phthisie pulmonaire se produire des hémorragies par l'ulcération des vaisseaux.

Mais, dans les abcès chauds ou par congestion, l'ouverture des vaisseaux est tout à fait exceptionnelle.

M. Lannelongue. Dans les abcès tuberculeux, auxquels appartiennent les abcès par congestion, les hémorragies sont fréquentes.

Leur mécanisme est le suivant : Dans les abcès tuberculeux, la paroi présente un travail de prolifération à la périphérie, tandis qu'à sa face interne se fait un travail de destruction. Dans l'épaisseur de la paroi se trouvent des éléments embryonnaires et de gros vaisseaux capillaires dont la tunique est constituée par des éléments embryonnaires ; que ces cellules tombent, une hémorragie se produit.

Si l'abcès tuberculeux trouve une artère sur son chemin, celle-ci n'est jamais isolée dans le foyer, elle est recouverte par des tissus qui la protègent, la membrane externe prolifère, il y a périartérite ; la tunique moyenne disparaît, l'interne prolifère aussi à l'intérieur. Mais dans d'autres circonstances, l'artère n'est plus protégée. Les éléments embryonnaires de la membrane externe tombent et l'artère finit par s'ouvrir. Dans ces cas on constate une transformation de l'état général, la température est plus élevée, les symptômes généraux indiquent qu'il se fait une résorption.

Les hémorragies sont donc la règle dans les abcès tuberculeux et elles se font dans les parois ou dans la cavité.

M. Monod. Les observations anatomo-pathologiques précises de M. Lannelongue viennent corroborer les faits que j'ai cités dans ma communication.

A M. Desprès je dirai qne j'ai trouvé dix-neuf cas d'hémorragie dans la carie du rocher et je rappellerai que M. Joly dans son travail, tout en soutenant que la perforation de l'artère était due à la pression d'un séquestre, ne cite cependant que deux cas où il a pu trouver de petits séquestres.

M. Desprès parle de l'ulcération des artères dans la phthisie pulmonaire, mais ces faits ne peuvent être comparés.

D'un autre côté j'ai produit dans ma communication des observations qui démontrent que les artères peuvent être perforées au contact d'un foyer purulent, en dehors de toute action mécanique.

M. Desprès. Je nie que les abcès tuberculeux ouvrent les artères ; ce fait est très rare dans les abcès froids ou par congestion.

Théoriquement cela semble possible, mais je demande qu'on nous cite des malade ayant des abcès par congestion, mort d'hémorragie par l'ouverture d'un gros vaisseau. Chez le malade de M. Monod, il y avait un drain dans le voisinage de l'artère ; et puis il faudrait connaître le traitement suivi, savoir s'il y a eu des injections de chlorure de zinc, de liqueur de Villate.

L'ulcération de la carotide dans l'otite se fait toujours au même point, ainsi que cela résulte des communications faites à la Société anatomique ; l'artère est coupée à l'union des portions verticale et horizontale, là où il y a pression mécanique par un séquestre : le bord tranchant de la gouttière carotidienne dépourvue de périoste.

Ces faits ne peuvent être rapprochés de ceux où l'artère est en contact avec un simple foyer.

M. Lannelongue. J'ai dit que dans les abcès tuberculeux, les capillaires se rompent très fréquemment. On trouve des hémorragies dans les parois et des globules sanguins dans le foyer.

Les artères en contact avec ce foyer sont en général protégées, leur calibre est réduit et elles ne se rompent pas ; mais si l'abcès est ouvert, l'artère peut se désagréger.

M. Trélat. M. Lannelongue nous cite des faits où il s'agit d'un petit écoulement de sang, M. Desprès parle, au contraire, des hémorragies graves.

Les abcès par congestion ont été des abcès tuberculeux, ils deviennent des abcès limités par une paroi épaisse, résistante et dans

ces cas les artères voisines sont protégées ; il n'y a pas d'hémorragies ; mais celles-ci sont possibles pendant le développement des abcès.

Présentation de malade.

Fracture de l'extrémité supérieure du fémur, consolidation vicieuse rendant presque impossible l'usage du membre. — Ostéotomie sous-trochantérienne. — Guérison rapide. — Restauration fonctionnelle satisfaisante,

par M. Verneuil.

Sauvage, 26 ans, cultivateur, de taille et de constitution moyennes, et jouissant d'une excellente santé, tombe le 15 janvier d'une voiture dont la roue passe sur la partie supérieure de la cuisse gauche.

Le blessé est reporté chez lui et placé dans son lit. Un gonflement considérable se développe, occupant le pli de l'aine, la fesse et les parties avoisinantes. On applique des compresses résolutives, mais on n'exerce sur le membre aucune manœuvre. Sauvage se lève au bout de trois semaines et essaie de marcher avec des béquilles ; les douleurs ne sont pas intenses, mais l'attitude du membre est très défectueuse.

Un praticien distingué de province, consulté deux mois après l'accident, soupçonne l'existence d'une luxation et m'adresse le patient qui entre à l'hôpital de la Pitié le 25 mars.

L'examen le plus attentif est pratiqué, non seulement par moi-même, mais par plusieurs jeunes chirurgiens fort instruits, MM. Terrillon, Berger, Bouilly, Kirmisson, etc. Les avis sont partagés, mais tout le monde reste dans le doute.

En palpant la région inguino-fessière, on constate un élargissement considérable du grand trochanter, puis, à la partie interne, au devant de l'ischion, une saillie arrondie, mobile avec la cuisse et qui rappelle par sa situation, sa forme et son volume la tête fémorale. D'autre part, le membre est dévié exactement comme dans la luxation obturatrice, c'est-à-dire qu'il est porté dans l'abduction, la flexion, la rotation en dehors. La ressemblance est telle, que si l'on compare notre cas avec ceux qui sont figurés dans le livre de notre excellent ami le Dr Bigelow (de Boston) comme type de déplacement dans la fosse ovale, on ne trouve presque aucune différence.

Les mouvements du membre au niveau de la hanche sont très peu étendus et peu douloureux ; cependant les muscles se contractent énergiquement dans les tentatives de mobilisation.

La difformité est extrême ; dans la station verticale, la flexion du membre provoque une ensellure énorme, comme l'abduction fait naître une scoliose lombaire très prononcée. La marche sans béquilles est très laborieuse, très lente, et amène rapidement une fatigue extrême.

L'état ne s'aggrave pas, mais ne tend nullement à s'améliorer. Tout travail physique est impossible.

Dans les premiers jours d'avril, nous employons le chloroforme pour éclairer le diagnostic. Il résulte des explorations minutieuses faites à ce moment par nous-même et par quelques-uns des chirurgiens nommés plus haut; qu'il n'y a pas eu de luxation, mais bien fracture par écrasement de la partie supérieure du fémur et peut-être de l'ischion; qu'il existe actuellement un cal très volumineux et très irrégulier limitant les mouvements dans l'articulation coxo-fémorale, presque jusqu'à les abolir complètement et maintenant lo fragment inférieur du fémur, c'est-à-dire le membre tout entier dans une déviation telle, que le fonctionnement en soit rendu presque impossible.

Nous profitons du sommeil anesthésique pour esayer de mobiliser la jointure et de rompre l'ankylose coxo-fémorale; nous y déployons une assez grande force, mais nous n'obtenons qu'un mince résultat; aussi nous cessons ces tentatives et plaçons le malade dans une gouttière de Bonnet, non sans peine, la déviation du membre ne permettant guère une adaptation exacte.

Les tentatives de redressement ne déterminent qu'un peu de douleur qui se dissipe bientôt. Pendant plus d'un mois, nous essayons, par l'action lente de l'appareil, de rectifier la déviation. Sauvage se prête avec beaucoup de patience et de bonne volonté à ces essais, mais lorsqu'à la fin du mois nous le mettons sur ses pieds, nous constatons que l'on n'a rien gagné; la difformité est la même, l'infirmité est aussi grande.

Le malade est désolé; nous lui exposons alors qu'une opération est indispensable pour redresser le membre, que cette opération est peu grave et que, grâce à elle, la marche et la station, c'est-à-dire le travail, redeviendront possibles. Il demande à réfléchir et aussi à se remettre de la fatigue et du malaise résultant d'un séjour assez long et pénible dans la gouttière.

Au bout de deux semaines, Sauvage est décidé et s'en remet à moi. L'opération à laquelle je pensais était naturellement l'ostéotomie. L'immobilité et la déviation, en effet, n'étant pas dues à la soudure des surfaces articulaires, il n'y avait pas lieu de tenter une rupture d'ankylose. Rompre le cal vicieux eut été sans doute d'une exécution très difficile, et je n'aurais jamais pensé à réséquer le cal susdit; il ne restait donc qu'une opération indirecte, sectionner le fémur au-dessous et en dehors des organes importants qui l'avoisinent.

La région sous-trochantérienne, très accessible à la main, se prêtait fort bien à cette tentative; une division transversale et linéaire de l'os, en partie par section, en partie par fracture, permettrait sans doute de rétablir le parallélisme du membre. A la vérité, cette opération ne rendait pas la mobilité à l'articulation coxo-fémorale, mais on sait que les sujets atteints d'ankylose de la hanche, sans raccourcissement considérable et sans déviation du membre, marchent à la longue d'une façon satisfaisante.

L'opération fut pratiquée le 22 juin. Une incision de 8 centimètres,

légèrement courbe, à convexité postérieure, est pratiquée sur le trajet du fémur, à partir de la limite inférieure du grand trochanter, ou pour mieux dire de la masse osseuse qui le représente. Le sujet ayant peu d'embonpoint, on arrive aisément à l'os ; une seule artériole de petit volume est liée chemin faisant. Le périoste est divisé dans la direction de l'incision cutanée et décollé avec précaution dans une étendue suffisante pour que l'on puisse appliquer commodément sur l'os dénudé le ciseau de Mac Ewen. Ce ciseau, placé perpendiculairement à l'axe du fémur, attaque l'os de dehors en dedans ; quelques coups secs du maillet font pénétrer très aisément la lame jusque dans le tissu spongieux. Alors, sans sortir le ciseau de la plaie, je dirige seulement la lame d'abord d'arrière en avant, puis d'avant en arrière, jusqu'à ce que la résistance vaincue m'indique que j'ai sectionné le tissu compacte. Supposant alors que l'os était coupé dans ses deux tiers, je fis avec le ciseau une pesée, pendant qu'avec la main gauche je portais la cuisse en dedans. Un bruit sec m'avertit que je venais de rompre le reste de l'os.

Je pus aussitôt, et avec un effort insignifiant, ramener la cuisse dans sa position naturelle et lui rendre et sa longueur et le parallélisme avec celle du côté opposé.

L'opération, d'une simplicité extraordinaire, avait duré environ 4 à 5 minutes et n'avait entraîné aucun dégât local. La plaie, lavée soigneusement avec la solution phéniquée forte, ne fut point réunie, mais immédiatement recouverte d'une couche de tarlatane et mollement remplie d'ouate phéniquée. Quelques doubles de gaze de Lister recouvrirent le tout.

On appliqua aussitôt le long de la cuisse des attelles plâtrées se prolongeant sur le bassin et le tronc pour immobiliser suffisamment le membre ; puis l'opéré fut replacé dans la gouttière de Bonnet et reporté dans son lit.

Les suites furent d'une bénignité extrême. Le premier pansement fut fait le troisième jour ; le malade se plaignant seulement de la pression exercée par les attelles plâtrées, celles-ci furent supprimées. On remarqua autour de la plaie un peu de rougeur et de sensibilité se propageant vers la crête iliaque. La vapeur phéniquée projetée pendant deux heures sur le point affecté dissipa sans peine cette légère inflammation ; le pansement fut réappliqué comme précédemment et changé tous les deux jours. Au bout d'une semaine, les bords de l'incision étaient en contact ; à la fin du mois tout était cicatrisé. Vers la cinquième semaine, l'opéré était sorti de sa gouttière et laissé libre dans son lit. Toute sensibilité au toucher avait disparu au niveau de la fracture, qui semblait tout à fait consolidée. L'attitude du membre était excellente ; nous faisons les premiers essais de marche avec les béquilles.

Dans les premiers jours d'août, Sauvage me demanda à retourner dans son pays pour achever sa convalescence. Présenté à la Société de chirurgie, il est dans l'état suivant :

Les deux membres sont de la même longueur et symétriquement

placés, de sorte que dans la station verticale ordinaire dite position du soldat sans armes, il est impossible de savoir quelle a été la cuisse opérée. La marche est facile, plus aisée même que ne le permet généralement l'ankylose coxo-fémorale; elle peut s'exécuter sans aucun support pendant une heure environ. Au bout de ce temps, elle provoque un peu de malaise local et de fatigue générale.

La région de l'articulation coxo-fémorale est toujours volumineuse; le cal semble toutefois avoir un peu diminué; il existe dans la jointure quelques mouvements peu étendus.

La santé générale est excellente.

Je communique ce fait, dit M. Verneuil en terminant, pour bien montrer que si j'ai fait souvent déjà et si je me propose de continuer à faire campagne contre les abus excessifs de l'ostéotomie, je ne rejette nullement cette utile opération, me contentant à la vérité de l'appliquer aux cas où elle est nettement indiquée et tout à fait nécessaire.

M. Lucas-Championnière. On a fait peu d'ostéotomies en France, aussi je citerai une opération que j'ai faite il y a trois mois, une ostéotomie du fémur pour un genu valgum, la section fut loin d'être facile, l'os était éburné, je mis une heure à le couper, les suites furent simples.

Les instruments employés aujourd'hui sont puissants et commodes, on pourrait en multiplier les modèles.

L'ostéotomie est une opération facile et non meurtrière.

Amputation de la cuisse. — Guérison très rapide.

M. Desprès. Présente à la société, un malade qui a été amputé de la cuisse par la méthode circulaire, il y a 28 jours, et se lève et marche avec des béquilles depuis 11 jours. S'il n'a pas présenté le malade plutôt, c'est que, le 1er novembre il n'y avait pas de séance; la plaie est cicatrisée sauf en un point, par où passaient les fils à ligatures et par où s'écoule un léger suintement. La plaie n'a pas suppurée, car la température du malade a été 38 le soir de l'opération, et tous les autres jours depuis, elle a oscillée entre 37 le matin et 37,4 le soir, c'était, on le voit, la température normale.

Voilà donc un malade qui a guéri aussi vite que les malades opérés par la méthode à lambeau, avec lambeaux périostiques et pansé avec les liquides à la mode, et qui, très exceptionnellement se lèvent le vingt-cinquième jour.

Cela prouve que, une opération faite à propos, sur un malade atteint de tumeur blanche, mais, sain d'ailleurs, et bien préparé à

l'amputation, n'a n'a pas besoin d'un pansement merveilleux pour guérir bien et vite.

J'ajoute que la réunion a été cherchée à l'aide de bandelettes de diachylum et que comme toujours cela a suffit pour que nous obtenions une bonne réunion par seconde intention.

Discussion.

M. Trélat. Le malade que nous présente M. Desprès prouve que l'on peut guérir par plusieurs méthodes de pansement et qu'il n'y en a pas d'absolue, mais parmi elles, certaines sont plus favorables que d'autres à la guérison.

L'opéré de M. Desprès a guéri en 28 jours, ce n'est pas rapide; avec d'autres méthodes on a présenté des malades guéris d'une amputation de cuisse après 11, 9, 7 jours.

M. Desprès a choisi la méthode circulaire, il s'est servi pour la ligature du fil anciennement employé et il a eu une réunion par seconde intention. La cicatrice est adhérente, le moignon est court et appliqué sur l'os.

En recherchant la réunion immédiate des parties profondes, on a un moignon souple et une cicatrice non adhérente.

M. Sée. De tous temps on a guéri des amputés, mais le moignon est plus ou moins parfait, celui du malade présenté laisse à désirer, il y a encore de la suppuration, la cicatrice est déprimée et adhérente.

M. Nicaise. Je trouve également que le moignon pourrait être meilleur; il est conique, la cicatrice est adhérente et l'os au lieu de correspondre à la partie moyenne de celle-ci est en rapport avec son extrémité externe, tandis que la partie interne de la cicatrice remonte au-dessus de la section de l'os. Cette rétraction est due en partie à la réunion par seconde intention.

En cherchant la réunion par première intention, que facilite l'amputation sous-périostée, on obtient un moignon souple, régulier, et une cicatrice non adhérente.

M. Desprès. Les moignons ne sont jamais après trente jours ce qu'ils seront plus tard, avec le temps les tissus reprennent leur souplesse.

J'ai montré ici un moignon de cuisse excellent, chez un malade opéré depuis longtemps et dont le moignon était dans le même état que vous voyez 30 jours après l'opération.

Après la section de l'os, la moelle bourgeonne et il est inévitable

que la cicatrice soit adhérente à l'os, car l'os, ne se réunit pas par première intention.

Chez mon malade j'avais pris 12 centimètres de parties molles pour recouvrir l'os.

Présentation de pièce.

M. Anger présente un *anévrisme de l'extrémité inférieure du fémur*, recueilli chez un sujet dont il a déjà rapporté l'observation dans la séance du 18 octobre 1882, à propos d'un travail de M. Humbert.

La pièce a été recueillie chez un jeune homme de 26 ans, B... Hélie, entré à l'hôpital Cochin le 28 septembre et mort le 5 novembre 1882. Cet homme au teint blanc et mat, aux cheveux noirs, ne présente comme antécédent morbide que des douleurs rhumatismales à l'âge de 10 ans. Depuis un mois, il se plaint d'une douleur persistante à la partie inférieure et interne de la cuisse droite. Il s'est aperçu vers cette époque de la présence d'une petite grosseur dans le creux poplité ; en même temps, il a remarqué du gonflement à ce niveau. Il a pu cependant continuer son travail pendant 15 jours environ. Peu après ce début, la marche qui n'était que pénible devint de plus en plus difficile et il se décida à entrer à l'hôpital.

Au niveau du genou, la peau a conservé sa coloration normale; la pression sur le genou ne dénote aucun épanchement dans l'articulation; mais au-dessus du condyle interne et dans le creux poplité la palpation dénote une fluctuation profonde, *en nappe*, comme si le périoste était à ce niveau décollé et soulevé par une nappe de liquide. Le malade accuse vers l'extrémité inférieure du fémur une douleur persistante et des élancements qui le réveillent la nuit. Ces douleurs sont exagérées par les mouvements de flexion et d'extension. La station debout et la marche sont devenues presque impossibles.

Je diagnostique un abcès sous-périostique de l'extrémité inférieure et postérieure du fémur.

Le 3 octobre : incision de 4 à 5 centimètres parallèlement au tendon du troisième adducteur : un flot de sang noir et liquide, sans trace de pus, jaillit entre les lèvres de l'incision. Le doigt introduit à travers les lèvres de cette incision pénètre profondément dans le creux poplité et reconnaît que tout le triangle sus-condylien est dénudé de son périoste, et qu'à ce niveau la partie postérieure du fémur présente des aspérités qui donnent la sensation d'une grosse râpe. L'hémorragie est très abondante et ne semble s'arrêter que lorsque le doigt appuie sur la partie postérieure du fémur dans un point très limité.

Le sang continuant de couler, j'introduis au fond de la poche des boulettes de charpie imbibées de liqueur de Piazza. Dans la journée,

l'hémorragie cesse peu à peu après avoir imbibé le pansement ouaté dont le genou et la jambe étaient entourés.

Ce premier pansement est laissé en place pendant quarante-huit heures.

Le troisième jour, on enlève les boulettes de charpie et l'on fait des lavages à l'eau phéniquée. Ces pansements sont renouvelés chaque matin à l'aide de deux gros tubes à drainage introduits dans le fond du creux poplité, chaque fois les injections donnent issue non à du pus, mais à une sanie sanguinolente très abondante.

L'issue d'une grande quantité de sang noir, sirupeux, non coagulé, d'une part; de l'autre, la présence d'un os dénudé et rugueux ne me laissent plus de doute sur la nature de l'affection dont ce malade est atteint. Pensant que j'étais en présence d'une tumeur sanguine de l'extrémité inférieure du fémur, j'engageai vivement le malade à se laisser amputer la cuisse; malheureusement mes conseils ne furent pas écoutés et le malade refusa l'opération.

Les jours suivants, je constatai à plusieurs reprises que l'extrémite inférieure du fémur augmentait rapidement de volume et je réitérai vainement le conseil d'amputer le membre.

Le 2 novembre, le malade fut pris subitement à la suite d'un frisson d'accidents cardiaques graves. Il eut une syncope qui dura quelques minutes ; j'attribuai ces accidents à une embolie et je pressai plus vivement le malade de se laisser amputer la cuisse : il y consentit enfin.

Le 4 novembre, après chloroformisation je pratiquai l'amputation de la cuisse à peu près au niveau de sa partie moyenne. En faisant les ligatures, je fus frappé de l'existence d'un gros caillot décoloré qui faisait hernie au niveau de la veine fémorale. Ce caillot fut attiré au dehors et je constatai qu'il avait une longueur de près de 10 centimètres; la veine et l'artère furent liées séparément; le fond de la plaie fut drainé et les bords réunis par six ou sept points de suture.

La journée se passa sans aucun incident; le malade prit du bouillon et l'interne à la visite du soir, le trouva dans un état très satisfaisant; mais vers trois heures du matin, il fut pris subitement d'accidents cardiaques analogues à ceux qu'il avait présentés la veille, et auxquels il succomba rapidement.

Examen du fémur. — L'articulation du genou est saine ; au-dessus des condyles, on trouve à la partie postérieure et à la partie antérieure du fémur deux tumeurs constituées par le périoste épaissi et décollé, dans l'étendue de sept centimètres en arrière et de quatre centimètres en avant. La face interne du périoste contient çà et là dans son épaisseur de petites lamelles osseuses qui se sont détachées du corps de l'os. En outre, la surface interne de ces poches périostiques est revêtue dans la plus grande partie de leur étendue de couches minces de fibrine stratifiée, et de caillots noirâtres qui la remplissent; quelques-uns de ces caillots sont décolorés. Ces deux poches sous-périostiques pleines de sang communiquent l'une et l'autre avec une vaste excavation longue de six centimètres et demi, creusée à la partie inférieure du canal médul-

laire et dans la portion spongieuse de l'extrémité inférieure du fémur.

Cette excavation du fémur est complètement remplie de caillots sanguins, noirâtres, analogues à ceux qui existent sous les deux poches périostiques que nous venons de décrire. Au niveau de ces deux poches, la substance compacte du fémur est en grande partie détruite, érodée et creusée de nombreuses excavations comme une lamelle de liège. Au-dessous de cette profonde excavation du fémur, la moelle osseuse est remplie d'un pus concret dans une étendue de trois à quatre centimètres. La substance compacte du fémur est à ce niveau épaissie, éburnée, et cette hypertrophie de la substance compacte du fémur remonte jusqu'au-dessus de la partie moyenne de l'os. Au niveau de la circonférence de la poche, là où le périoste se détache de l'os, la circonférence du fémur est couverte de périostoses qui circonscrivent et limitent le décollement du périoste. La substance spongieuse de l'os est détruite à partir de cinq centimètres au-dessus de l'extrémité inférieure du fémur et cette destruction s'étend à 7 centimètres en remontant vers son extrémité supérieure. Le tissu spongieux de l'épiphyse fémorale est rouge, friable et les vacuoles sont notablement agrandies.

L'examen du cœur montre que le ventricule droit est rempli complètement par un caillot gélatineux, décoloré, qui se prolonge dans l'artère pulmonaire, se divise en deux grosses branches au niveau de sa bifurcation en prenant la forme d'un Y et obture en grande partie le calibre de cette artère et de ses deux branches principales. Un infarctus du volume d'une noisette occupe le sommet du poumon droit; les deux poumons paraissent exsangues.

Le foie et les autres viscères sont sains.

Les réflexions que comportent cette observation sont de deux ordres: tout d'abord il me paraît évident que la mort subite de ce malade doit être attribuée à une embolie de l'artère pulmonaire; les accidents éprouvés par le malade l'avant-veille de l'amputation sont imputables à une première embolie qui aurait eu pour point de départ un caillot occupant la veine fémorale. Ce qui le prouve, c'est qu'immédiatement après l'amputation de la cuisse, on aperçut dans la plaie l'extrémité d'un caillot fibrineux, sortant en partie de la veine fémorale; j'attirai au dehors ce caillot et je liai la veine. Il est probable que dans l'après-midi, une nouvelle thrombose se forma dans la veine fémorale, se détacha pendant la nuit et occasionna la mort subite de mon opéré, quoique j'eusse pris soin de lier la veine.

Quoique ayant la pièce pathologique sous les yeux, il m'est difficile d'en déterminer la nature. Dans aucun point, je n'ai pu trouver, même au microscope, des éléments sarcomateux et il me paraît logique d'éliminer une dégénérescence sarcomateuse du fémur. Si les préparations microscopiques font voir cà et là des myéloplaxes ; ces éléments y sont si peu nombreux, qu'en réalité je

ne saurais conclure à l'existence d'une véritable tumeur à myéloplaxes. La destruction de la substance compacte de l'os, le décollement du périoste, les couches fibrineuses stratifiées qui revêtent sa face interne donnent plutôt l'idée d'une sorte d'anévrisme de l'extrémité inférieure du fémur, quoique pendant la vie, on n'ait observé aucun souffle, ni aucun battement dans la tumeur. Enfin la pièce anatomique a été remise au laboratoire de M. le professeur Robin où elle a été l'objet d'un examen microscopique plus approfondi. M. Gaucher qui s'est occupé plus spécialement de cet examen m'écrit : « On pourrait à l'œil nu hésiter entre un anévrisme de l'os et une tumeur à myéloplaxes ; mais l'examen microscopique des caillots, de l'os, de la moelle osseuse, des ostéophytes et du périoste ne m'a pas permis de découvrir des myéloplaxes en proportion anormale. Le fémur est d'ailleurs, je crois le siège d'élection de l'anévrisme des os. »

Cette conclusion corrobore absolument l'opinion que mon propre examen m'a fait émettre : c'est-à-dire que la pièce que j'ai présentée à la société ne saurait être classée que parmi les tumeurs désignées sous le nom d'anévrisme des os.

Sans doute la désignation d'anévrisme des os n'est pas vraie, au moins cliniquement, en ce sens que ces sortes de tumeurs ne sont le siège ni de battements expansifs, ni de bruit de souffle ; mais anatomiquement on constate toutes les lésions ordinaires de l'anévrisme : des caillots sanguins noirs ou déjà décolorés et fibrineux, puis une poche celluleuse qui est ici formée par le périoste recouvert intérieurement de couches fibrineuses stratifiées. J'ajoute que l'extrémité inférieure du fémur est creusée d'une large excavation remplie de caillots sanguins qui se continuent au-dessous du périoste décollé, à travers des perforations multiples de la substance compacte érodée et perforée en plusieurs points, aussi bien en avant qu'en arrière. Enfin, au niveau des points où le périoste se détache de l'os, on constate l'existence d'ostéophytes de nouvelle formation entre le périoste et la substance compacte du fémur.

La séance est levée à 5 h. 15.

Le Secrétaire,

NICAISE.

Séance du 15 novembre 1882.

Présidence de M. Labbé.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Lyon médical. — Journal de thérapeutique de Gubler. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — Marseille médical. — Journal de médecine et de chirurgie. — Bulletin de médecine d'Angers.*

3° *British Medical. — Annales de la Société de médecine de Bucharest.*

4° La liste des membres correspondants de la Society smithsonian.

5° Une brochure intitulée : *Des épaississements de la membrane du tympan.*

6° M. le Dr Delorme adresse à la Société un volume intitulé : *De la ligature des artères de la paume de la main et des artères de la plante du pied.* (Mémoire couronné par l'Académie de médecine.)

7° Un mémoire adressé pour le prix Laborie, ayant pour titre : *De l'étude pour un cas d'hétéradelphie peracéphalique pubienne.* Epigraphe : *Res non verba.*

8° M. le Dr Richon, médecin-major de 1re classe, adresse :

a. Une observation de *myxome hystique du testicule droit.*

b. Description d'un *mode d'application des appareils de tarlatane plâtrée.* (Ces deux observations sont renvoyées à l'examen de M. Chauvel.)

A propos du procès-verbal.

M. Delens. Comme il a été question de l'*ostéotomie* dans la dernière séance, je désire communiquer à la Société un cas d'*ostéotomie double du fémur pour un genu valgum,* chez un jeune homme.

Plusieurs fois déjà j'ai employé l'appareil Collin pour redresser le genu valgum, mais son application est suivie de relâchement des ligaments, d'épanchement dans l'articulation, de sorte qu'il est

nécessaire de garder un appareil inamovible pendant cinq à six mois. Ces considérations m'ont conduit à abandonner ce procédé chez mon malade.

Genu Valgum double. — Ostéotomie sus-condylienne du fémur. — Guérison.

Observation d'après les notes de M. Caron, interne du service.

Thomas, âgé de 18 ans, entré le 15 juillet 1882, à l'hôpital Tenon, présente une double déviation des genoux qui gêne la marche et la station au point de l'empêcher d'exercer son métier de monteur en cuivre. Il est grand, maigre, de constitution médiocre. C'est depuis quatre ans que la difformité des genoux s'est développée; depuis deux ans il a beaucoup grandi et c'est surtout depuis un an que la déviation a pris les proportions qu'elle a aujourd'hui.

Lorsque les deux condyles internes du fémur sont au contact, les malléoles internes sont écartées de 35 centimètres; mais la déviation est plus prononcée à gauche; de ce côté la malléole s'écarte de 21 centimètres de l'axe du corps, tandis que du côté droit l'écartement n'est que de 14 centimètres. Les tibias paraissent normaux et la difformité est due à la déviation des condyles fémoraux. Dans la flexion à angle droit de la jambe sur la cuisse, la difformité disparaît.

La marche est gênée; les deux genoux s'entrecroisent alternativement et le pied appuie sur le sol par son bord externe.

Le 21 juillet, l'ostéotomie est pratiquée de chaque côté, dans la même séance, suivant les règles posées par Mac Ewen et avec les précautions antiseptiques.

La seule modification apportée aux règles tracées par le chirurgien anglais a consisté dans la suppression de la bande d'Esmarch. La quantité de sang fournie par les deux plaies dont les dimensions n'ont pas dépassé 20 millimètres a, d'ailleurs, été insignifiante.

Du côté gauche, lorsque la section osseuse nous a paru suffisante, nous avons essayé le redressement; il ne s'est produit qu'après deux ou trois tentatives et s'est accompagné d'une véritable fracture avec déplacement en dehors des condyles. Mais le redressement a été complet.

Du côté droit, le redressement s'est opéré sans aucun déplacement et l'os a paru, à sa partie externe, s'infléchir sans se fracturer.

Après application du pansement de Lister, l'opéré a été placé dans l'appareil à double attelle décrit par Mac Ewen.

Dans la soirée, il y a eu quelques douleurs dans le genou gauche, ainsi qu'en quelques autres points, par suite de la pression de l'appareil.

Le 28 juillet le premier pansement a été fait pour le genou gauche. La plaie ne suppure pas. Il n'y a pas d'épanchement articulaire. On

constate seulement que le déplacement du fragment inférieur, en dehors, persiste.

Le lendemain, le pansement renouvelé pour le côté droit montre, au contraire, une conformation d'une régularité parfaite.

Le second pansement des deux plaies a eu lieu le 4 août, par les soins de M. Duret, qui me remplaçait dans mon service.

Le 14 août les deux plaies étaient complètement cicatrisées.

La température, dans les premiers jours, avait atteint 38°,8 le soir, puis était progressivement revenue au chiffre normal.

Le 25 août un appareil silicaté fut appliqué autour du membre droit dont la consolidation paraissait effectuée.

Le 23 septembre, seulement, l'opéré fut débarrassé de l'appareil silicaté et de l'attelle qui avait maintenu jusqu'à ce jour le membre gauche.

Je constate alors que les deux membres sont dans la rectitude et que le contact des deux malléoles est possible. Il n'y a d'épanchement articulaire ni d'un côté ni de l'autre, mais, au-dessus de l'extrémité articulaire du fémur gauche le déplacement osseux persiste ; il est très apparent à la vue à la partie externe. Cependant la mensuration pratiquée avec soin n'indique pas de raccourcissement ; je trouve exactement le même chiffre (93 centimètres) des deux côtés, en mesurant de l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la malléole externe.

A partir de ce jour, l'opéré a pu se lever et se servir de béquilles et le 4 octobre il a quitté l'hôpital, pouvant déjà marcher avec une simple canne.

Aujourd'hui la marche est facile et rien ne pourrait faire soupçonner la difformité qui a existé. Ce n'est qu'en faisant déshabiller le malade qu'on reconnaît la saillie constituée par le déplacement des condyles du genou gauche, mais elle ne gêne en rien la marche. La flexion de la jambe droite peut dépasser l'angle droit ; celle de la jambe gauche est moins complète, mais il n'y a à droite, comme à gauche, ni épanchement articulaire, ni relâchement des ligaments. Ces deux phénomènes ont, au contraire, été assez prononcés et persistants dans les cas où nous avons employé pour le traitement du genu valgum l'appareil de Collin, dont la manœuvre nous paraît, d'ailleurs, très sûre et très commode pour produire le redressement du membre.

M. Lucas Championnière. Je partage l'opinion de M. Delens sur la supériorité de l'ostéotomie dans le traitement du *genu valgum* et je présenterai, à la fin de la séance, le malade dont j'ai parlé il y a huit jours.

M. Monod communique à propos de la discussion sur les *perforations des artères dans les foyers purulents*, une observation qui lui a été adressée par le Dr Bertin (de Gray, Haute-Saône), qui paraît établir absolument le fait qu'il a soutenu dans la dernière séance, à savoir qu'une artère, au contact d'un foyer purulent, peut s'ulcérer spontanément, en dehors de toute action chirurgicale.

Il s'agit d'une femme de 35 ans, auprès de laquelle le Dr Bertin fut appelé pour une hémorragie grave qui venait de se produire. Cette femme, qui était enceinte de 3 mois, s'était blessée trois semaines auparavant en lavant du linge. Une aiguille assez forte avait pénétré dans le talon de sa main. Quelques jours plus tard, un phlegmon se déclare qui gagne l'avant-bras. Il s'ouvre en trois points, à la paume, puis à la face dorsale de la main, enfin à la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras au-dessus du poignet.

Une première hémorragie avait eu lieu quatre jours avant la visite du Dr Bertin; elle avait été arrêtée par la compression. Nouvelle hémorragie deux jours après, arrêtée par la compression et le perchlorure de fer.

L'écoulement de sang artériel survenait après deux jours de compression, au moment où, sur les supplications de la malade, on avait levé l'appareil. La perte avait été considérable; les linges, le lit, le plancher étaient inondés. On affirma au Dr Bertin que le sang avait été projeté au loin et par saccades.

Le Dr Bertin n'hésita pas à porter le diagnostic d'ulcération de l'artère radiale.

Il n'y avait pas lieu d'essayer de nouveau la compression qui avait échoué, et qui avait d'ailleurs l'inconvénient de s'opposer au libre écoulement du pus.

Sans aide, à la campagne, au milieu d'une famille affolée, le Dr Bertin ne crut pas devoir aller à la recherche du vaisseau lésé, et lier les deux bouts de l'artère dans la plaie.

Il se décida donc à lier l'humérale au milieu du bras.

L'hémorragie fut complètement et définitivement arrêtée. La malade se rétablit bien. La grossesse poursuivit son cours sans incident. Elle ne conserve de tous ces événements qu'une main déformée et un peu impotente.

Il est impossible de dire quel a été dans ce cas, le vaisseau lésé. On peut admettre, avec M. Bertin, que ce fut la radiale ou du moins une de ses plus importantes ramifications.

La perforation spontanée n'est pas douteuse et offre ceci de particulièrement intéressant qu'elle s'est produite dans un phlegmon aigu, accident qui, dans notre dernière discussion, avait été considéré par quelques-uns comme presque impossible. On trouvera au reste, dans les faits que j'ai rapportés, une observation presque exactement semblable, qui appartient à Demarquay (Obs. 30 de mon tableau).

Jusqu'à quel point la grossesse a-t-elle pu favoriser l'ulcération de l'artère, comme le suppose M. Bertin? Je ne saurais le dire. En tous cas, il ne paraît pas qu'il y ait eu ici aucune autre cause générale prédisposante. La malade était de bonne santé habituelle et n'avait présenté au cours de son phlegmon aucun accident septicémique.

Je suis donc porté à croire que ce fait peut être considéré comme un exemple de perforation artérielle de cause purement locale.

Discussion.

M. Després. L'observation de M. Bertin ne présente pas une rigueur absolue. Les faits de cette nature sont tellement rares, qu'on ne doit accepter que ceux dont l'interprétation ne peut donner lieu à contestation.

M. Monod. J'admets les réserves de M. Després, mais ce fait n'est pas isolé, et, rapproché de celui de Demarquay, il a de la valeur.

Communication.

Sarcome périostique de la mâchoire inférieure et du plancher de la bouche. — Ablation du corps de la mâchoire — Immobilisation de la langue,

par M. Després.

Parmi les accidents qui peuvent survenir à la suite de la résection du corps de la mâchoire inférieure, il en est deux qui m'ont frappé, je veux parler du renversement de la langue en arrière, qui peut amener la mort, et de la difficulté d'alimenter le malade.

Après avoir vu un de mes opérés mourir d'inanition au quatorzième jour, j'ai cherché, dans un cas de sarcome à myéoplaxes de la mâchoire inférieure, que j'ai eu l'occasion d'opérer cette année, à l'hôpital de la Charité, à me mettre à l'abri de ces deux accidents et la malade a bien guéri.

Voici la relation de ce fait :

L... 42 ans, couturière, entre le 5 avril 1882, salle Sainte-Rose, 3.

Cette femme a eu depuis l'âge de 15 ans, presque tous les mois et le plus souvent à l'époque de ses règles, des fluxions siégeant principalement à la mâchoire supérieure, dont toutes les dents sauf deux se sont cariées peu à peu.

Les dents inférieures à l'exception des grosses molaires ne l'avaient jamais fait souffrir.

En dehors de ces fluxions périodiques on ne trouve aucun antécédent personnel. Les antécédents héréditaires sont nuls au point de vue du cancer.

La mère et deux sœurs sont mortes phthisiques, le père a succombé

en 3 jours à une fièvre cérébrale; un frère a 32 ans et jouit d'une santé parfaite.

Il y a six mois la mâchoire inférieure est devenue à son tour le siège de douleurs que L. en vertu de ses antécédents a tout d'abord rapportées à des lésions dentaires, cependant ces douleurs présentaient quelques caractères particuliers qui l'ont frappée : siégeant tout à fait à l'extrémité du menton elles étaient intermittentes, lancinantes, il semblait à la malade qu'un couteau lui traversait brusquement la symphyse. Revenant à intervalles rapprochés elles empêchèrent bientôt tout sommeil; elles augmentaient d'intensité et de fréquence dans le décubitus dorsal et le repos n'était possible que dans la position assise le menton appuyé sur les genoux.

En même temps les incisives et les canines inférieures commencèrent à se déchausser; elles jouaient dans les alvéoles et basculaient lors des mouvements de mastication qui étaient très gênés et pénibles.

L. croyait avoir du scorbut, mais la gencive vue par sa face antérieure présentait son aspect et sa coloration habituelle.

La parole à cette époque n'était nullement gênée.

La malade s'adressa à un dentiste qui se refusa à arracher des dents saines; un médecin consulté se borna à instituer un traitement contre la gingivite.

Bientôt la physionomie s'altéra; les joues se creusèrent en même temps que le menton s'allongeait. La peau de cette région devint tellement tendue qu'il semblait qu'elle allait éclater.

L. se rendit très bien compte que c'était son os qui augmentait de volume et qu'il existait en arrière du corps du maxillaire une grosseur soulevant la languo.

Un mois avant son entrée à la Charité, la tumeur a augmenté brusquement et cet accroissement s'est accompagné de nouveaux troubles fonctionnels : la malade commence à baver et la salive tachant les étoffes qu'elle employait, elle est obligée de cesser tout travail. Sa langue lui semblait raide, plus volumineuse qu'à l'état normal. La parole était un peu gênée.

Entrée à l'hôpital le 5 avril 1882.

On constate, outre l'aplatissement des joues et la saillie du menton signalés plus haut, que la peau à ce niveau est très tendue, lisse, luisante et rouge; il est impossible de la plisser et de la faire glisser sur les parties profondes.

La lèvre inférieure un peu œdématiée est renversée en dehors et la salive s'écoule par les commissures.

La gouttière gingivo-labiale est moins profonde qu'à l'état normal et depuis quelques jours la néoformation qui a débuté par la face postérieure de la symphyse et est restée jusqu'à ce moment confinée dans la gouttière sublinguale commence à pointer en avant, soulevant la muqueuse qui est devenue rouge, bosselée et saignante.

Le corps de l'os est volumineux.

Le plancher de la bouche est occupé par une tumeur qui fait corps avec la face postérieure du maxillaire et soulève la langue; elle rem-

plit toute la gouttière sublinguale et s'arrête assez brusquement au niveau de l'union du corps avec la branche montante de l'os.

Cette tumeur est dure, d'un rouge violacé, mamelonnée et saigne à la moindre exploration. — La pression en est très douloureuse.

L'exploration des branches montantes par la pression montre que la douleur cesse au niveau de l'angle de la mâchoire.

Les parties voisines y compris la langue sont saines, on ne trouve pas l'ombre d'un ganglion, le mal est donc limité au corps de l'os.

L'état général est satisfaisant; la malade a peu maigri et cet amaigrissement s'explique par la difficulté de l'alimentation, elle est très courageuse et absolument décidée à se faire opérer.

M. Desprès diagnostique un cancer du plancher de la bouche parti du périoste du maxillaire, un sarcome à myéloplaxes, et eu égard aux instances de la malade, aux douleurs intolérables qui empêchent tout repos et la mastication, à l'absence de retentissement ganglionnaire, se décide à pratiquer l'ablation du corps de l'os, un mois après l'entrée de la malade à l'hôpital.

L'opération est faite le 4 mai en partie sous le chloroforme, qui fut administré pendant la première partie de l'opération.

Après avoir fait une incision cutanée elliptique à grand diamètre parallèle au bord inférieur du maxillaire, incision circonscrivant la peau de la symphyse qui paraît malade, M. Després isole la tumeur de la lèvre inférieure qu'il relève, et sépare à l'aide de deux traits scie de chaîne le corps de l'os à son union avec les branches montantes; la section montre l'os absolument sain en ces points.

La tumeur pédiculisée avec le corps du maxillaire est séparée de la langue à l'aide du galvano-cautère monté en écraseur.

La perte de sang est insignifiante. Pour éviter la chute de la langue, M. Després place entre les deux fragments du maxillaire un gros fil de fer recourbé, de même longueur que le corps de l'os, dont chacune des extrémités pénètre dans le tissu spongieux des branches montantes. Un fil passé dans la langue et destiné à empêcher son renversement sur le larynx est noué sur la tige métallique qui était entourée d'un tube de caoutchouc; un second fil de sûreté sortant par la bouche est attaché aux pièces de pansement; la plaie cutanée est réunie par des sutures métalliques et un drain placé dans l'angle droit de la plaie.

On met dans le foyer pour arrêter le sang qui suinte des bourdonnets de charpie enduits de colophane et par dessus le tout un linge troué cératé et des compresses imbibées d'eau pure.

Le soir, 37° 2.

5 mai matin, 37°. La déglutition est impossible; la salive coule abondamment au dehors. Le pansement est renouvelé, les fils qui menacent de couper sont sectionnés mais laissés en place.

On nourrit la malade au moyen d'une sonde uréthrale en gomme introduite par le nez et à travers laquelle on injecte du bouillon et du vin, ce mode d'alimentation de la malade a été continué tout le temps qu'a duré le traitement.

8 mai. La malade va très bien; elle a pu dormir cette nuit pour la première fois depuis l'opération. On enlève le drain et tous les fils ainsi que la tige métallique. La réunion par première intention est complète sauf au niveau de l'angle droit où était le drain.

Les jours suivants, l'état général s'améliore de plus en plus. La température oscille entre 37° et 38°2, ne dépassant ce dernier chiffre que deux fois, le 11 mai et le 17, où elle atteint 38o6 et 39.

Ces poussées correspondent à deux poussées de périostite suivies d'abcès qu'on incise à la mâchoire supérieure, dues à ce que les élévateurs de la mâchoire qui ne sont plus contrebalancés par les abaisseurs appliquent la dent de sagesse gauche inférieure contre la gencive supérieure qu'elle ulcère. Ces accidents sont les seuls qui soient venus troubler le travail de réparation, ils ont cessé après l'extirpation de la dent de sagesse; le 25 mai M. Després arrache la dent de sagesse.

Le pansement humide quotidien n'est plus fait à partir du 15 juin.

L'alimentation par le nez a été continuée pendant 2 mois à l'aide de la sonde uréthrale mise en communication avec un flacon à 2 tubulures, d'où une poire en caoutchouc refoulait les aliments dans le nez, puis durant un mois la malade s'est nourrie au biberon.

Au commencement d'août elle peut manger avec une cuiller et boire au verre sans que rien ne s'écoule par la bouche.

Depuis ce temps la parole est redevenue très distincte. Il y a seulement du zézaiement. La salive s'écoule toujours un peu au dehors, mais elle est facilement retenue par une gourmette qui empêche le renversement de la lèvre inférieure.

Le 8 septembre il ne reste plus qu'une petite fistule à l'angle droit de l'incision cutanée là où était le drain. Il y a en ce point un petit séquestre dont on a pu déjà enlever quelques fragments.

A cette époque on extirpe tous les chicots qui restent pour permettre l'application d'un appareil prothétique.

L'examen microscopique fait au laboratoire de la Charité a montré qu'il s'agissait d'un sarcome fasciculé avec de grandes cellules. C'est, on le voit, l'ancienne tumeur à myéloplaxes décrite par E. Nelaton dans sa thèse inaugurale.

J'appelle l'attention de la société sur deux points, je ne parle pas de la préparation à l'opération pendant un mois entier. Je veux insister sur le mode d'alimentation employé. C'est à lui que j'attribue le succès. Il fallait en effet alimenter la malade, on l'a essayé, je le sais, mais avec une sonde œsophagienne introduite par la bouche, mais cela est pénible pour les malades et les manœuvres d'introduction de la sonde exigent que l'on ouvre la bouche et que l'on irrite la plaie. J'ai appliqué le cathétérisme œsophagien en usage pour les aliénés et que l'on pratique par le nez. Seulement au lieu de prendre une sonde œsophagienne je me suis servi d'une sonde d'homme. En effet, il suffit de faire pénétrer la sonde au-dessous

de l'orifice laryngien, les malades déglutissent sans offort; les aliments sont déposés dans une partie de l'œsophage où se passe silencieusement le troisième temps de la déglutition. Il est absolument inutile à mon sens de conduire les aliments jusque dans l'estomac.

Le deuxième point intéressant est le moyen que j'ai employé pour empêcher le refoulement de la langue sur le larynx. Une tige métallique implantée dans les os et laissé en place 4 jours a empêché les branches montantes de la mâchoire de se rapprocher. Cette tige a été bien supportée. Je l'avais enveloppée d'un tube en caoutchouc pour qu'elle ne blessât pas les parties molles, le succès de cette précaution a été complet.

Discussion.

M. Berger. A propos de l'emploi de la sonde œsophagienne, je dirai que deux fois je l'ai essayée chez deux malades atteints de cancer de langue.

Chez l'un, dont l'état était grave et qui avait une récidive, je voulus habituer les organes au séjour de la sonde à demeure, mais au bout de trois ou quatre jours il survint de la pharyngite et du gonflement ganglionnaire, je dus renoncer à l'opération.

Un second malade n'a pas pu supporter non plus la sonde œsophagienne.

Ce moyen ne m'a donc pas réussi, malgré le bien qu'on en a dit.

J'ajouterai que dans plusieurs opérations de résection du maxillaire inférieur je n'ai pas remarqué qu'il y eût une grande difficulté de la déglutition, quand on avait soin d'introduire les liquides profondément.

Il en est autrement quand l'opération porte sur la plus grande partie de la langue.

M. Verneuil. Il y a dans la communication de notre honorable collègue M. Després, deux points intéressants.

D'abord le mode d'alimentation de l'opérée, mais déjà le moyen employé par M. Després a été mis en usage et dans une thèse faite par un de mes élèves, on trouve des observations où une sonde uréthrale en caoutchouc rouge introduite par le nez est restée en place 25, 40, 50 jours, sans déterminer de malaise; ces faits sont publiés depuis longtemps.

La seconde question soulevée est celle de la rétrocession de la langue; il y a 23 ou 25 ans, un de mes élèves, M. Augier, a fait sa thèse sur ce sujet. Dans les premiers temps de mon arrivée à la

Pitié j'ai déjà employé une arcade en fil de fer pour éloigner les deux fragments restant du maxillaire, mais au lieu d'en enfoncer les extrémités dans l'os, comme l'a fait M. Desprès, j'ai fait dans le tissu osseux un trou avec le perforateur et j'y ai fixé l'extrémité d'un fil de fer recuit; de plus, j'ai introduit un fil en caoutchouc dans la base de la langue.

Cette année même, j'ai enlevé toute la branche horizontale du maxillaire, le résultat a été excellent, j'ai employé également une arcade métallique. Le fil de fer a été bien toléré pendant 15 jours, après ce temps je dus l'extraire, mais j'éprouvai quelque difficulté car le fil était trop épais. Il y aurait avantage à employer un fil moins fort ou un fil d'argent.

En résumé, je pense que l'on doit se préoccuper dans la résection du maxillaire des deux inconvénients signalés par M. Desprès et que j'avais étudiés depuis longtemps.

M. Magitot. M. Desprès nous a dit que la malade portait une tumeur à myéloplaxes de la mâchoire inférieure. Je crois que dans cette variété de tumeur on pourrait éviter la résection de toute l'épaisseur de l'os, s'il persistait une lamelle osseuse intacte. Dans des cas de ce genre, j'ai employé avec succès des cautérisations répétées avec l'acide chromique et dans un cas analogue à celui de M. Desprès, j'ai obtenu la guérison par ce moyen. Elle s'est maintenue depuis 5 ans.

M. Pozzi. J'ai opéré au mois d'octobre 1881, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Richet que je remplaçais alors, la moitié du maxillaire inférieur d'une femme atteinte de cancer de cet os étendu à la joue et au plancher de la bouche. Un assez grand délabrement de ce plancher dut être fait. Comme la malade avait déjà une très grande difficulté à déglutir avant l'opération, je crus devoir mettre une sonde œsophagienne à demeure; elle était en caoutchouc rouge, du volume du petit doigt, de quarante centimètres de longueur.

Dès les premiers jours, la malade ressentant une assez vive douleur vers la région épigastrique, je raccourcis un peu la sonde de manière à lui laisser 30 centimètres. Cependant, la douleur persista, sans cependant que je crusse devoir retirer la sonde qui permettait d'alimenter facilement la malade, matin et soir, et de lui donner à boire dans l'intervalle, dont par suite elle retirait le plus grand bénéfice. Je quittai le service quinze jours après l'opération. J'ai su qu'au 21e jour il s'était produit une menace grave de suffocation,précédée depuis quelques jours par quelques légères atteintes de dyspnée. M. Bazy, chef de clinique, dût pratiquer la trachéotomie d'urgence. La malade a parfaitement guéri.

Peu de jours après je faisais à l'hôpital de Sadeki, à Tunis, la résection de la moitié du maxillaire inférieur pour un sarcome bien limité à l'os; au bout de cinq jours, la cicatrisation était complète, il n'y avait eu que très peu de dysphagie. Je n'avais pas même songé à la sonde à demeure.

Je résume ainsi mes conclusions : 1° Utilité de la sonde à demeure dans les résections du maxillaire inférieur lorsqu'on est obligé d'intéresser un peu largement le plancher de la bouche et surtout de se rapprocher de l'isthme du gosier. La pharyngite traumatique peut en effet s'opposer très longtemps, plusieurs semaines, à la déglutition facile; 2° Inutilité du cathétérisme œsophagien dans les cas où l'ablation est limitée à l'os; 3° Possibilité d'accidents légers d'œsophagite ou graves d'œdème de la glotte dûs à la sonde à demeure; on sera prévenu de celui-ci par quelques accès de suffocation préliminaire et on devra enlever la sonde dès qu'ils se seront montrés.

M. Monod. Au sujet de la nature des tumeurs dites à myéloplaxes, M. Magitot a émis des idées qu'il y aurait danger à laisser s'accréditer. Ces tumeurs qui ont été étudiées aussi par Ranvier sont reconnues pour être des sarcomes à cellules multiples, et il est dangereux de dire que ces tumeurs peuvent être opérées sans ablation totale de l'os.

Dans certains cas peut-être, on pourrait se contenter d'une opération superficielle, mais dans la plupart des faits, il n'en est pas ainsi, car la tumeur peut avoir un certain degré de malignité. Dans une observation de M. A. Guérin publiée par MM. Bez et Terrillon, il y avait généralisation dans les viscères, du sarcome à myéloplaxes.

M. Magitot. Je me suis fait les mêmes remarques que M. Monod, mais je vois qu'aujourd'hui l'on n'admet plus le rôle des éléments spécifiques dans les tumeurs; cependant j'ai des observations de tumeur à myéloplaxes opérées depuis plusieurs années et guéries.

Chez ma malade, la tumeur qui avait déjà été opérée, mais incomplètement, avait ménagé le bord inférieur du maxillaire, elle avait le volume d'une mandarine. Los tumeurs à myéloplaxes sont communes; l'épulis qui a une structure identique est fréquente. Mes malades ont guéri par l'ablation partielle, suivie de cautérisation avec l'acide chromique ou le fer rouge.

M. Monod. Il faudrait supprimer la dénomination de tumeur à myéloplaxes, car ces éléments ne sont pas spécifiques, avec M. Malassez nous en avons trouvé dans une tumeur du testicule.

Les cellules à myéloplaxes sont en rapport avec l'élément vascu-

laire des tumeurs et n'ont pas d'autre signification que d'être des cellules vaso-formatrices. Elles avaient été remarquées par Robin et E. Nélaton.

La tumeur dont parle M. Magitot est une épulis, qui rentre dans les tumeurs bénignes de la mâchoire.

M. Desprès. M. Monod a déjà dit ce que je voulais répondre à M. Magitot.

Nous voyons souvent l'épulis, j'en ai même vu récidiver au même point, l'épulis se développant dans le périoste de l'alvéole. La tumeur peut s'étendre dans l'intérieur de l'os et n'être cependant qu'une épulis, j'en ai guéri.

Mais il n'y a pas de rapport entre ces tumeurs et les tumeurs à myéloplaxes de E. Nélaton; dans celles-ci il y a du sarcome; il y en avait chez ma malade.

Contre ces tumeurs, des opérations radicales sont nécessaires, si l'on veut éviter la récidive.

Revenant au mode de cathéterisme, je dirai qu'il appartient à tout le monde, il y a longtemps qu'il est employé chez les aliénés. J'ajouterai que la thèse dont M. Verneuil a été l'inspirateur m'avait échappé. Je suis opposé à la sonde à demeure, je préfère le cathétérisme fait à chaque repas. Chez ma malade, je me suis servi d'une sonde en gomme ordinaire et au bout de huit jours la malade l'introduisait elle-même.

Déjà plusieurs tentatives ont été faites pour maintenir l'écartement des fragments de la mâchoire; on a essayé des appareils en gutta-percha. Quant à l'appareil de M. Verneuil, je trouve qu'il est inutile d'ajouter à l'opération un nouveau traumatisme en perforant l'os, il suffit d'enfoncer les extrêmités du fil de fer daus le tissu spongieux. Je me suis servi d'un fil de fer de 2 millimètres.

M. Verneuil. Peut-être serait-il préférable, en effet, d'implanter le fil métallique dans l'os au lieu de perforer celui-ci; quant à l'idée de maintenir les fragments écartés, avec un fil de fer, je l'ai mise en pratique depuis longtemps.

Pour ce qui est de la sonde à demeure, je la préfère au cathétérisme renouvelé qui est difficile ; une fois la sonde fut introduite dans le larynx. Dans un autre cas, je fus obligé de supprimer la sonde dont le contact ne pouvait être supporté.

M. Trélat. Il y a des sarcomes du périoste et des sarcomes de l'os; dire que le sarcome des os peut-être guéri par la cautérisation au moyen de l'acide chromique, c'est dangereux; dans ces cas on n'a pas le choix, il faut une opération radicale.

Pour les sarcomes superficiels, on peut détruire le point d'im-

plantation et obtenir la guérison, j'en connais plusieurs cas. Mais il ne faut pas conclure de là, que les tumeurs des os peuvent être guéries par la cautérisation.

Une seconde question a été soulevée, celle de la sonde à demeure. Si l'opération se rapproche de l'isthme du gosier, la déglutition est difficile et il est trop tard pour employer la sonde au dernier moment. Il est nécessaire d'y habituer le malade avant l'opération. — Il y a quatorze mois, dans un cas, je n'ai pu introduire la sonde par suite du gonflement qui était survenu après l'opération.

Le cathétérisme est donc difficile, et dans les opérations qui portent sur le plancher de la bouche, il faut accoutumer le malade au séjour d'une sonde souple assez longue pour descendre dans l'œsophage.

M. Lannelongue. Je partage l'opinion de M. Trélat sur la nature de ces tumeurs, souvent j'en observe chez l'enfant et quand l'opération est incomplète il y a récidive, quelquefois celle-ci est rapide, il faut alors agir largement, tout en n'enlevant du squelette, que ce qui est nécessaire.

Ces tumeurs, dont l'anatomie est variée, émergent généralement du squelette et ont de la tendance à s'accroître.

La sonde à demeure est employée depuis longtemps, Boyer en a laissé une pendant 256 jours, dans d'autres cas la sonde est restée trois mois. Depuis la question s'est modifiée, et on a recommandé l'emploi de sondes moins longues.

Chez l'enfant elles sont bien supportées, les accidents sont exceptionnels; j'ai fait l'opération de la staphylorrhaphie ayant passé au préalable une sonde dans une fosse nasale.

M. Magitot. Je n'ai pas conseillé l'emploi de l'acide chromique dans n'importe quelle tumeur, mais seulement pour les tumeurs superficielles.

M. Trélat. Il est bien entendu que M. Magitot ne propose l'acide chromique que pour les épulis et non pour les tumeurs des os.

M. Desprès. Je répèterai que ma malade s'est alimentée pendant sept semaines avec sa sonde qu'elle se passait elle-même.

Quant au séjour d'une sonde dans le nez, il est tout à fait insupportable.

Lecture.

M. Kirmisson lit une *observation de ligature de l'artère iliaque externe pour un anévrisme.*

Ce travail est renvoyée à l'examen de M. Berger.

M. Guerlain, de Boulogne, lit une *observation de cancer au sein.* Ce travail est renvoyée à l'examen de M. Chauvel.

Présentation de malades

M. Delens présente le malade dont il a parlé au commencement de la séance, auquel il a fait une ostéotomie des deux fémurs pour un genu valgum. — Le malade marche bien.

M. Lucas-Championnière présente aussi le malade dont il a parlé à propos de l'ostéotomie ; il marche facilement.

M. Berger, présente un malade auquel il a enlevé la moitié droite du maxillaire inférieur, la cicatrisation s'est faite très régulièrement et un appareil prothétique, très bien fait par M. Dujardin, rend de grands services au malade.



Pièce prothétique prenant son point d'appui sur les dents canines et molaires de la moitié gauche de la mâchoire.

M. Magitot. Cet appareil ne présente rien de particulier et ne diffère pas de ceux que l'on trouve à chaque instant dans les journaux.

M. Berger. L'appareil de M. Dujardin me paraît avoir au contraire plus de valeur et réaliser un perfectionnement véritable, du moins quant aux appareils que j'ai pu voir.

La séance est levée à 5 h. 20.

Le Secrétaire,

Nicaise.

Séance du 22 novembre 1882.

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris ;

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie. — Revue médicale de l'Est. — Recueil d'ophthalmologie. — Annales de gynécologie. — La Loire médicale. — Journal de médecine de l'Ouest. — Journal de médecine de Paris. — Lyon médical. — Bulletin général de thérapeutique. — Revue médicale. — La tribune médicale.*

3° *British medical.*

4° Une lettre de M. le Dr Marjolin annonçant la mort de M. le Dr Prestat, de Pontoise, membre correspondant.

5° Un mémoire de M. le Dr Cardoso de Moura Brazel, de Rio-Janeiro, *sur le jéquisity* (M. Terrier, rapporteur).

M. le Président est heureux d'annoncer à la Société que les nouvelles de la santé de M. Le Dentu notre collègue, sont satisfaisantes et font espérer une prochaine guérison.

M. le Président infome la Société de la mort de M. le Dr Prestat, de Pontoise, membre correspondant national.

MM. Dubrueil (de Bordeaux) et Bourgeois (d'Étampes), membres correspondants, assistent à la séance.

Rapport

par M. POLAILLON

Sur l'ostéotomie du tarse dans le traitement du pied-bot invétéré,
par M. BEAUREGARD, du Hâvre.

Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Chauvel, Marchand et Polaillon pour nous faire un rapport sur un travail adressé par M. le docteur Beauregard, du Hâvre, inti-

tulé de l'*ostéotomie du tarse dans le traitement du pied-bot invétéré*. Je viens aujourd'hui m'acquitter de cette mission.

L'ostéotomie du tarse appliquée à la cure du pied-bot est une opération nouvelle, sur la valeur de laquelle l'opinion n'est pas encore faite. Elle consiste essentiellement à enlever l'os qui gêne dans le redressement d'un pied-bot; c'est l'astragale dans le pied-bot équin, c'est le cuboïde dans le pied-bot varus. Mais comme l'ablation de ces os ne suffit pas toujours à rendre au pied une bonne direction, on est allé plus loin, et, sans s'occuper de la nature de l'os à retrancher, on a taillé dans le tarse un coin dont la base correspond à la saillie anormale du pied; c'est ce qu'on appelle la *résection cunéiforme du tarse*.

Ces opérations diverses, imaginées à l'étranger, n'ont rencontré en France que fort peu d'imitateurs. M. Poinsot et M. Beauregard sont, à ma connaissance les seuls chirurgiens qui y ont eu recours : M. Poinsot, une fois, M. Beauregard quatre fois. L'observation de M. Poinsot n'est point en cause dans ce rapport. On la trouve dans le savant mémoire qu'il a publié dans nos Bulletins sur *la résection du tarse dans le pied-bot varus équin* (*Bul. de la Soc. de Chirurgie*, p. 455, 1880). Nous n'avons affaire pour le moment qu'aux observations de M. Beauregard, et nous allons les analyser rapidement.

1er *fait*. — J. V..., jeune fille de 15 ans, est affectée d'un pied-bot équin, compliqué d'une légère adduction et d'un enroulement très prononcé de la plante. Tous les traitements antérieurs ayant échoué, M. Beauregard se décide à tenter la tarsotomie postérieure, en juin 1881.

« Une incision oblique transversale faite au niveau des os anormaux découvrit la proéminence osseuse qui faisait obstacle à la réduction du pied. Après avoir à cet endroit récliné le périoste dans une étendue suffisante, j'enlevai, dit M. Beauregard, avec le ciseau et le maillet, une partie notable de l'astragale et de la tête du calcanéum. Le redressement devint facile. Quant au résultat définitif, un moulage, pris longtemps après l'opération, montre les traces d'une cicatrice peu apparente et permet de constater que si le pied n'a pas un forme élégante, il est du moins apte à assurer une marche facile. »

2e *et* 3e *faits*.— La seconde et la troisième observations concernent un jeune garçon de 9 ans, H..., dodt les deux pieds présentaien un varus équin très prononcé. La ténotomie et l'orthopédie avaient été employés à plusieurs reprises, mais sans succès.

Le 13 *avril* 1882, *opération du pied droit*. — Section préalable du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire. L'enroulement du pied se trouve, par ce fait, très notablement atténué; mais le renversement du pied persiste. Je fais alors, dit M. Beauregard, une première incision s'étendant de la malléole externe à l'extrémité postérieure du 4e métatarsien, cette incision atteignant l'os du premier coup. Une seconde

incision tombant sur la première met à nu le pédicux, qui fut détaché de ses insertions et attiré en dedans.

Le périoste fut soigneusement détaché dans l'étendue des incisions. Puis une sonde cannelée ayant été glissée sous les os de la voûte tarsienne, afin de protéger les parties molles de la plante du pied, je fais deux sections osseuses qui me permettent d'enlever un coin dont la base mesurant cinq centimètres correspondait à la face dorsale externe du pied. Le cuboïde en grande partie, la tête du calcanéum et de l'astragale, enfin l'extrémité postérieure du 5e métatarsien contribuaient à former le coin osseux. Le redressement s'obtint alors facilement. Suture métallique. Pansement de Lister. La plaie s'est réunie par première intention.

Le 25 avril, opération sur le pied gauche. — Même incision que pour le pied droit. Renversement du pédieux. Décollement soigneux du périoste et des fibres ligamenteuses qui recouvrent le cuboïde. Ablation de cet os. Le pied se redresse complètement. Toutefois la section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire est nécessaire pour empêcher le retour de l'avant-pied vers sa position vicieuse. Suture métallique. Pansement de Lister.

Les suites furent moins simples que pour le pied droit. Fièvre. Suppuration modérée qui se tarit au bout de quinze jours.

Le petit malade marche avec de légers appareils destinés plutôt à soutenir les jambes, qui sont très faibles et atrophiées, qu'à empêcher le retour de la difformité.

4e *fait.* — Alexandrine S..., âgée de 15 ans et demi, a vu survenir à l'âge de 7 ans une paralysie musculaire des deux jambes. Depuis cette époque, un pied-bot varus équin empêche complètement la marche. Insuccès des appareils orthopédiques.

Le 28 septembre 1882, M. Beauregard sectionne le tendon d'Achille, l'aponévrose plantaire, l'extenseur du gros orteil sur le pied droit et parvient à obtenir un redressement complet.

Mais ces mêmes sections, faites sur le pied gauche, ne produisent aucune réduction. L'obstacle au redressement consistant en un développement exagéré des os à la partie externe, un coin osseux, comprenant une partie de la tête de l'astragale cuboïde, et une portion des cunéiformes est enlevée. Le pied peut alors être facilement remis en bonne position. Suture. Pansement de Lister. Réunion par première intention.

Le 2 octobre dernier, le pied droit était en bonne position et le pied gauche ne prenait plus la direction fâcheuse qui a nécessité l'opération Mais celle-ci est trop récente pour qu'on puisse bien juger le résultat définitif.

Les opérations de M. Beauregard ont été heureuses, puisqu'elles n'ont pas occasionné d'accidents graves et que la guérison a été rapide. Pourtant, il faut savoir que la tarsotomie offre des dangers pour la vie des opérés. Je lis dans le mémoire de notre collègue,

Paris.—Soc. d'imp. Paul Dupont, 41, rue J.-J.-Rousseau.(Cl.) 61.12.82.-· Le Gérant. G. Masson.

M. Chauvel, sur la *résection des os du tarse dans le traitement du pied bot invétéré* (*Archives générales de médecine*, avril et mai 1882) que sur 37 opérations, il y a eu 3 décès. En retranchant un décès qui a été produit par une affection grave du cœur, la mortalité est de 2 sur 36 opérés, ou de 5, 5 0/0. La tarsotomie est donc loin d'être bénigne, et, si l'on peut arriver au même but par une autre méthode, il est du devoir du chirurgien d'y avoir recours.

Le but de la tarsotomie est de donner à un pied bot une conformation telle qu'il puisse appuyer sur le sol par la plante et permettre la station debout et la marche sans avoir la gêne de porter un appareil. Or, les résultats obtenus par M. Beauregard remplissent-ils ce but ? Dans la première observation, il dit qu'en octobre, c'est-à-dire trois mois après l'opération, J... V..., « *munie d'un léger appareil* qui maintenait le pied dans la bonne position acquise, marchait très facilement. La claudication, suite du raccourcissement de la jambe, était compensée à l'aide d'une semelle de 3 centimètres de hauteur. Il n'est plus question de bâton, ni de soutien. »

Dans les deuxième et troisième observations, le jeune D... qui avait subi la tarsotomie aux deux pieds, « marchait avec de *légers appareils*, destinés plutôt à soutenir les jambes, qui sont très faibles et atrophiées, qu'à empêcher le retour de la difformité. » Enfin, dans la quatrième observation, l'opération a été faite trop récemment (le 28 septembre dernier), pour permettre d'en apprécier le résultat définitif. L'auteur dit seulement que « le pied droit est en très bonne position et que le pied gauche, quand rien ne le soutient plus, ne prend pas la direction fâcheuse qui l'a décidé à faire l'opération ».

En faisant abstraction de ce dernier fait trop récent, il faut retenir que si les deux premiers opérés pouvaient marcher, ils ne pouvaient le faire *sans appareil*. C'est donc un résultat médiocrement satisfaisant.

Pourquoi la tarsotomie a-t-elle été accueillie avec tant de froideur, surtout dans notre pays ? M. J. Guérin s'est chargé de répondre à cette question avec toute la compétence qui s'attache à son expérience et à ses travaux. Il a soutenu, dans une autre enceinte (*Bulletin de l'Académie de médecine*, p. 1039, séance du 19 septembre 1882), que jusqu'à l'âge adulte, il n'existe pas de pied bot, quelque compliqué qu'il soit, qui puisse être réfractaire à la vraie méthode de traitement (ténotomie, syndesmotomie, manipulations et appareils), et par conséquent qui ne puisse s'affranchir de la tarsotomie, c'est-à-dire de l'extraction ou de la résection des os du tarse. Beaucoup de chirurgiens pensent comme M. J. Guérin et

repoussent les résections osseuses dans le traitement du pied bot.

Les opérés de M. Beauregard étaient encore à un âge où l'accroissement du squelette n'est pas achevé et où l'on peut attendre des moyens orthopédiques employés avec persévérance et combinés avec les sections sous-cutanées des tendons et des ligaments, une guérison du pied bot. « J'ai eu à traiter, dit encore M. J. Guérin, tous les degrés et toutes les formes du pied bot, et je les ai traités avec un succès qui n'a eu d'autres restrictions que celles causées par l'insouciance ou le défaut de persévérance des malades. »

La tarsotomie constitue une opération brillante et redresse un pied bot d'une manière contemporaine. Mais ces avantages sont bien minimes quand on considère qu'elle expose les opérés à des accidents quelquefois mortels, qu'elle mutile le pied, et qu'en définitive elle donne un pied moins solide que celui qui a été redressé par les moyens lents de l'orthopédie.

Toutefois, si nous désapprouvons la tarsotomie dans le traitement du pied bot des enfants, il n'en est plus de même quand il s'agit des adultes. Chez ces derniers, nous pensons avec M. Tillaux, que le massage, la ténotomie et la section des ligaments sont insuffisants et que l'ablation ou la résection cunéiforme d'un ou de plusieurs os du tarse peut seule amener une amélioration.

Je propose en terminant d'adresser des remerciements à M. le docteur Beauregard, du Havre, et de déposer son travail dans nos archives.

Discussion.

M. Anger. Depuis longtemps je m'occupe de l'étude du pied bot, et je n'en ai pas vu qui aient résisté à la ténotomie et à des appareils bien faits.

Je viens de soigner dans mon service un homme de 36 ans, qui avait un pied bot paralytique varus équin, l'astragale faisait une saillie considérable. Je fis la section du tendon d'Achille, et j'appliquai un appareil à traction continue, exercée par une bande en caoutchouc. Le redressement fut complet après deux mois, et le malade put marcher avec des souliers ordinaires.

Je suis peu partisan de la tarsotomie, que je n'ai pas eu l'occasion de faire ; les pièces qui nous sont présentées n'indiquent pas des résultats parfaits; d'ailleurs, les malades portaient des appareils après l'opération.

Pour redresser le pied à un âge avancé, je préfère l'emploi des appareils à traction continue avec le caoutchouc aux appareils à vis; les premiers luttent mieux contre l'action musculaire et doi-

vent être portés pendant longtemps ; en y ajoutant les sections tendineuses, on peut redresser le pied en cinq ou six semaines.

Le malade dont j'ai parlé en commençant était entré à l'hôpital pour un ulcère de jambe, ulcère trophique dû à la paralysie des vaso-moteurs.

Celle-ci existe dans la paralysie infantile, elle est quelquefois isolée. — Il faut essayer de rappeler la vitalité dans la peau et les muscles. Dans ce but, j'emploie les frictions répétées avec l'alcool, le benjoin, l'électricité à courants interrompus ou continus. Ces derniers sont employés pendant la nuit et activent la nutrition.

J'ai pu constater dans un cas, dont j'ai déjà parlé à la Société (1879, p. 286), que le membre électrisé se nourrissait plus que l'autre.

M. Verneuil. Je me rattache aux conclusions de M. Polaillon.

Chez les enfants, l'incision est inutile ; chez l'adulte, s'il marche bien avec son pied difforme, il ne faut pas y toucher ; si la difformité est moindre,la section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire suivie de l'application d'un appareil bien fait qui satisfait aux trois conditions, de combattre la flexion entre le tarse et le métatarse, de relever le bord externe du pied et d'abaisser le talon.

Les résultats qui nous sont présentés ne sont pas satisfaisants et semblent rendre encore les appareils nécessaires ; un enfant même paraîtrait plus faible après l'opération qu'avant.

Quant aux ulcères trophiques, je rappellerai que M. Nepveu a présenté à la Société, en 1879, un mémoire sur les ulcères des téguments dans la paralysie atrophique de l'enfance et qu'il recommandait l'emploi de l'électricité.

M. Desprès. La valeur de la tarsotomie n'est pas établie, elle a besoin de l'épreuve du temps.

M. Anger montre, je trouve, une trop grande confiance dans la ténotomie et les appareils, car, quelquefois, ils ne donnent aucun résultat.

Malgaigne s'était déjà élevé contre la ténotomie, qui ne guérit pas, mais permet l'emploi des appareils, et Duchenne, de Boulogne, a montré que ceux-ci devaient, dans le pied bot paralytique, remplacer les muscles absents au moyen de muscles artificiels et qu'on devait les porter jusqu'à l'âge adulte.

La ténotomie seule est insuffisante, et, plus tard, des lésions surviennent sur le pied bot, mal perforant, ou autres, qui obligent à des opérations.

M. Chauvel. Il ne faudrait pas juger la tarsotomie d'après les faits présentés par M. Beauregard. Dans les cas que j'ai réunis, les résultats sont meilleurs, chez l'adulte surtout où l'opération a sa raison d'être. De plus, il y a différentes formes de pied bot.

M. Polaillon. Dans certains cas, en effet, on ne peut redresser le pied, il faut donc faire des réserves en faveur de la tarsotomie chez l'adulte.

Chez certains malades, de M. Beauregard, peut-être l'emploi des appareils eût-il permis d'obtenir un résultat meilleur.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Lectures.

M. Charcot lit un travail sur un *cas d'ulcération artérielle au niveau d'un abcès froid tuberculeux.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Gruveilhier, Monod et Lannelongue.

M. Blum lit une *observation de constriction permanente des mâchoires traitée par le procédé de Rizzoli modifié.*

Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Marchand.

M. Galezowski lit une note sur l'*opération de la cataracte sans iridectomie.* Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Perier, Pozzi et Terrier, rapporteur.

M. Hennequin lit un mémoire sur l'*extension continue appliquée au membre inférieur.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Delens, Sée et Tillaux, rapporteur.

M. Beauregard, du Havre, présente une observation du *kyste du corps thyroïde*, enlevé par l'écraseur.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Lucas-Championnière, Sée et Delens, rapporteur.

Présentation de malade.

Ablation des quatre cinquièmes de la langue avec l'écraseur.—Rapidité de la guérison.

M. Desprès montre un malade auquel il a enlevé par la bouche, avec l'écraseur linéaire les quatre cinquièmes de la langue, il y a six jours. Le malade se levait le deuxième jour après l'opération.

Il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans, ayant depuis vingt ans une plaque de psoriasis sur la langue, et qui, depuis cinq mois, avait une ulcération entourée d'indurations s'étendant sur toute la surface dorsale de la langue, depuis la pointe jusqu'au V lingual. Vingt-cinq jours après l'entrée du malade à l'hôpital, l'opération a été pratiquée; elle a duré une heure, pendant laquelle le malade a été tenu sous le chloroforme; les deux linguales ont été liées, quoiqu'elles donnassent peu de sang.

Je présente le malade, dit M. Desprès, comme une preuve de l'excellence du procédé de Chassaignac, que l'on délaisse aujourd'hui un peu pour exercer des mutilations qui ne mettent pas davantage les malades à l'abri de la récidive. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un épéthiliome tubulé.

M. Trélat. Il est impossible de juger le résultat obtenu par M. Desprès, l'opération est trop prochaine; en ce moment, il reste dans la cavité buccale une portion de langue qui paraît assez considérable. L'opération pratiquée a été innocente, mais a-t-elle été suffisante? Il est nécessaire de revoir le malade plus tard.

Présentation d'instrument.

M. Guéniot présente de la part de son auteur, M. le Dr James Dupont, un *nouveau forceps brisé à branches parallèles*, dont les principaux avantages seraient les suivants : 1° Facilité pour l'opérateur de tirer suivant l'axe du bassin; 2° mobilité de la tête fœtale suffisamment conservée pour permettre à celle-ci de suivre l'impulsion la plus favorable ; 3° enfin traduction à l'extérieur, au moyen d'une aiguille indicatrice très sensible, des divers mouvements qu'exécute la tête dans sa progression à travers le canal génital.

Cet instrument est un dérivé du forceps Tarnier; mais, à la différence de ce dernier, ses branches de traction sont intimement unies à celle de préhension, particularité qui en constitue le trait caractéristique.

En opposition avec de telles qualités, le forceps du Dr Dupont présente-t-il des inconvénients plus ou moins graves? C'est ce que l'avenir dira; car jusqu'ici cet instrument n'a pas encore été soumis à l'épreuve de la pratique.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

Nicaise.

Séance du 29 novembre 1882.

Présidence de M. Labbé.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine.* — *Montpellier médical.* — *Lyon médical.* — *Journal de thérapeutique de Gubler.* — *Revue médicale.* — *Loire médicale.* — *Revue scientifique.* — *Revue de chirurgie.* — *Revue de médecine.*

3° *British medical.* — *Annales d'anatomie et de chirurgie de New-York.* — *Gazette médicale italienne-lombarde.* — *La Gazette de santé militaire de Madrid.*

4° Une observation d'*œdème malin des paupières, traité par les injections iodées sous-cutanées.* — *Boissons et pansements iodés.* — *Guérison,* par le Dr Chipault, d'Orléans, membre correspondant.

5° Six observations d'*ovariotomie*, d'*hystérotomie* et de *laparotomie,* envoyées par M. le Dr Fort, de Rio-Janeiro. (Commission : MM. Terrier, Lucas-Championnière et Périer.)

6° Une brochure intitulée : *Des maladies virulentes*, recherches expérimentales, par M. le Dr Masse, professeur de médecine opératoire à la Faculté de Bordeaux.

7° De l'*Élongation du nerf nasal*, contre les douleurs ciliaires, par le Dr Badal, de Bordeaux. (Commission : MM. Desprès, Farabeuf, Trélat.)

8° De l'*Extraction de la cataracte.* — *Retour à la méthode de Daviel*, par M. le Dr Chavernac, d'Aix. (Commission : MM. Pozzi, Périer, Terrier.)

M. le Président informe la Société qu'il a reçu une lettre annonçant la mort de M. le Dr Houzé de l'Aulnoit, de Lille, membre correspondant national.

M. Wast, de Vitry-le-François, membre correspondant, assiste la séance.

A propos du procès-verbal.

Traitement du pied bot.

M. Monod présente, de la part de M. Polaillon, les malades de M. Beauregard qui ont subi la tarsotomie, et dont il a été question dans la dernière séance. Ils permettent de constater que le résultat obtenu est satisfaisant.

M. Desprès. Le résultat obtenu chez la petite fille est en effet satisfaisant, mais son pied bot était dans des conditions favorables, puisqu'avant l'opération elle marchait avec un simple soulier, sans mécanique. Ce résultat ne peut donc nous convaincre de la nécessité de la tarsotomie.

M. Trélat. Je profite de cette discussion pour citer un fait intéressant au point de vue de la thérapeutique du pied bot.

Un jeune homme de 20 ans avait un pied bot *varus équin* paralytique, consécutif à un mal de Pott, avec abcès par congestion. Le mal de Pott guérit, laissant après lui des paralysies partielles. Le malade marchait sur la face dorsale du pied. En 1880, je lui fis à la Charité la ténotomie du tendon d'Achille, mais sans résultat. C'est alors que M. Collin construisit spécialement pour ce cas un appareil formé d'une portion fixe qui embrassait et immobilisait l'arrière-pied et l'articulation tibio-tarsienne, et d'une portion mobile entourant l'avant-pied et mise en mouvement par un grand levier. — Grâce à cet appareil, le pied fut redressé, et bientôt le malade put marcher avec un soulier. Tant qu'il garda son soulier, la marche fut facile ; mais il l'abandonna au bout d'un an et le pied bot se reproduisit.

Je craignais cette fois de ne pas réussir par le même moyen et je songeais à la tarsotomie. L'appareil qui m'avait servi fut modifié par M. Collin, pour pouvoir s'adapter à la forme nouvelle du pied, et je pus encore obtenir le redressement du pied bot. Un appareil plâtré fut posé, et le malade put de nouveau marcher avec un soulier.

Ce fait montre que, dans des pieds bots de cette nature, on peut avec un appareil puissant, en faisant du redressement rapide, mais non brusque, obtenir le rétablissement de la forme.

M. Monod. Je ferai remarquer à M. Desprès que la petite fille dont il a parlé marchait avec des béquilles avant l'opération, tandis que maintenant une canne lui suffit.

M. Desprès. Cette malade a toujours une paralysie des exten-

seurs, un appareil de Duchesne lui conviendrait, et peut-être aurait-il suffi avant l'opération.

Rapport

Sur deux observations de M. Guerlain,

Par M. Périer.

Messieurs,

Je viens, au nom d'une commission composée de MM. Verneuil, Perrin et Périer, rapporteur, vous rendre compte de deux observations qui nous ont été adressées par M. le Dr Guerlain, de Boulogne-sur-Mer.

Une *observation de macroglossie* et une *observation de cachexie pachydermique ou myxœdème.*

Dans la première observation : *Hypertrophie congénitale de la langue.*

Il s'agit d'une fille pour laquelle le Dr Guerlain a été appelé au lendemain de la naissance, septembre 1875. Cette enfant, bien développée, d'un volume moyen, pesant environ 4 kilogrammes, présentait une langue énorme, sortie hors de la bouche et ne pouvant y rentrer ni volontairement, ni par le refoulement.

La portion saillante de l'organe mesure 5 centimètres de longueur, 4 centimètres de largeur en son milieu, et 2 centimètres 1/2 d'épaisseur. Étranglée au niveau des lèvres, elle s'épanouit comme un champignon volumineux, cache le menton tout entier, et s'étale en avant du cou.

La portion intra-buccale mesure bien 3 centimètres, autant qu'il est permis d'en juger, car c'est à peine si l'on peut insinuer le manche d'une cuillère à café entre cette langue énorme et la mâchoire supérieure.

La face dorsale a sa coloration normale, mais les papilles y sont saillantes et volumineuses ; la face inférieure, bleuâtre, est sillonnée de vaisseaux énormes gonflés de sang. Les côtés latéraux sont aussi couverts de vaisseaux variqueux. La salive coule continuellement hors de la bouche.

Rien ne peut expliquer cet état, que la sage-femme voudrait attribuer à ce que « la tête est restée fort longtemps à moitié passée (*sic*) ». Les parents et les grands-parents, des deux côtés, tous vivants, sont bien conformés ; la mère a eu, il y a 27 mois, un

autre enfant actuellement bien portant, bien constitué, et n'ayant eu aucune espèce d'infirmité ou de difformité?

Le Dr Guerlain ne pensa pas qu'il y eut quelque chose à faire à un enfant de cet âge; il conseilla de le nourrir à la cuillère comme on pourrait, se réservant d'intervenir plus tard si l'enfant vivait.

L'enfant bien soigné, bien nourri, se développa, et, contrairement aux prévisions, la langue n'augmenta pas de volume.

De temps en temps il se produisait sur les côtés et à la face inférieure de l'organe des ulcérations, dont un peu de miel rosat avait rapidement raison. La face dorsale de la langue et le menton participaient à ces inflammations successives. Mais les ulcérations qu'on y remarquait étaient en général moins profondes que sur les côtés et sur la face inférieure.

L'écoulement continuel de la salive exigeait des soins particuliers.

Je laisse ici la parole au Dr Guerlain.

Voyant cette enfant se développer régulièrement et l'organe hypertrophié ne pas augmenter de volume, j'ajourne à plus tard l'idée que j'avais eue de tailler un V à l'aide de deux écraseurs, pour faire rentrer cette langue réduite dans la bouche.

De six à neuf mois, la première dentition se fait régulièrement. L'enfant se nourrit de potages.

Les dents inférieures sont un peu obliques en avant. Les dents supérieures sont normales.

Deux ou trois fois l'an, la langue semble gonfler pendant quelques jours; « principalement au printemps, dit la mère. » A ce moment, l'enfant est un peu plus difficile, puis tout rentre dans l'ordre.

Elle n'a présenté aucune des maladies propres à l'enfance : rougeole, scarlatine, etc.

Elle a été vaccinée et le vaccin s'est bien développé.

Il y a deux ans environ, étant à la campagne chez ses grands-parents, elle a fait une petite maladie, sur laquelle je n'ai pas pu avoir de renseignements précis; la langue a beaucoup grossi alors, s'est couverte d'ulcérations, et les dents sont devenues noires, se sont gâtées, se sont encroûtées de tartre et sont devenues comme on les voit aujourd'hui.

La langue ensuite a diminué de volume, et il y a 18 mois, cette diminution est devenue fort appréciable. Actuellement, la langue n'est plus que moitié de ce qu'elle était à l'époque de la naissance. L'enfant la rentre volontairement dans sa bouche, bien qu'elle la laisse encore fréquemment en dehors, ce qui paraît être plus commode pour elle. Elle parle distinctement, quelques mots lui sont difficiles à prononcer. Elle va à l'école apprendre à lire, est fort intelligente. Elle est forte, musclée, et mesure un mètre de hauteur.

Les dents supérieures se voient fort bien quand elle a rentré sa

langue, et on constate qu'elles sont régulièrement placées; tandis que les inférieures sont déviées en bas et en avant.

Elle mange de la viande sur deux grosses dents qu'elle a au fond de la bouche, mais ne se sert pas de ses dents antérieures pour mastiquer.

Cette enfant a aujourd'hui six ans.

Le Dr Guerlain fait suivre son observation de réflexions et relève les points suivants :

L'hypertrophie était nettement congénitale, il l'a constatée au lendemain de la naissance; il a raison d'insister sur ce fait, car dans la plupart des observations, la procidence de l'organe ne s'est manifestée qu'au cours de la 2e ou de la 3e année, et l'hypertrophie a passé inaperçue dans les premiers mois de la vie.

Tous les éléments constitutifs de la langue, papilles, muscles et vaisseaux prennent part à l'hypertrophie.

Il manque l'examen histologique, de telle sorte qu'on ne saurait affirmer que la tuméfaction n'était pas due à une dilatation des vaisseaux lymphatiques, ne constituait pas une de ces tumeurs caverneuses lymphatiques signalées par Virchow, et dont M. Variot présentait un exemple à la Société anatomique au mois de mai 1880.

En tout cas, l'étiologie reste parfaitement inconnue, à moins qu'on ne veuille incriminer la lenteur du passage au moment de la naissance; mais alors on s'étonnerait à bon droit du peu de fréquence de cette infirmité.

Malgré l'oblitération apparente de l'orifice buccal, la nutrition n'a pas souffert; l'évolution dentaire s'est faite à une époque normale, sans troubles nerveux, et sans autre accident que la déviation des dents inférieures: ce qu'on observe d'ailleurs presque constamment dans des cas de ce genre.

Ce qui constitue l'originalité de ce fait, c'est la diminution spontanée de cette énorme langue, qui, sans aucun traitement, sans cause appréciable, diminue de plus de moitié, devient réductible volontairement dans la bouche et reprend la plupart de ses fonctions. Cependant tous les auteurs classiques s'accordent à dire que la marche du mal est progressive; que la tumeur peut, à un certain degré, rester stationnaire, et que jamais on ne l'a vue guérir spontanément.

Cette guérison est-elle définitive? M. Guerlain faisait sur ce point de sages réserves; il redoutait l'époque menstruelle; la récidive s'est montrée plus tôt qu'il ne pensait. En effet, il m'écrit à la date du 24 novembre qu'il vient de visiter l'enfant; qu'elle est dans le même état; seulement que, depuis quelque temps, elle

rentre moins sa langue dans sa bouche ; que la portion saillante est ulcérée et douloureuse ; les dents pleines de tartre sont sensibles.

Il pense qu'il y a lieu d'intervenir ; il avait songé à recourir à l'écrasement linéaire, mais il serait heureux d'avoir l'opinion de la Société de chirurgie.

Je serais personnellement disposé à engager M. Guerlain à essayer l'ignipuncture, qui a réussi à Helfrich. Ce chirurgien a obtenu la guérison d'une macroglossie en traversant la langue vingt-deux fois avec la pointe du thermo-cautère. Il n'y aurait probablement pas besoin de faire un aussi grand nombre de cautérisations chez cette petite fille, et la tendance vers la guérison déjà manifestée spontanément une fois permet d'augurer favorablement du résultat.

D'ailleurs, ce moyen ne paraît pas dangereux, et, s'il échouait, il serait temps de recourir à un moyen plus radical, l'amputation avec l'écraseur linéaire, comme M. Guerlain en avait déjà émis la pensée, ou à l'aide de l'anse galvanique ; en tout cas, il y aurait à déterminer encore si la ligne de section serait transversale ou en V, soit vertical, soit horizontal ; le choix serait ici subordonné à la disposition des parties.

La deuxième observation de M. Guerlain a pour titre : *Cachexie pachydermique consécutive à un traumatisme du cou.*

L'enfant qui fait le sujet de cette observation est une fille de onze ans, d'origine anglaise, née aux Indes. Ses parents, son frère et ses trois sœurs sont bien constitués et bien portants. Elle-même n'avait rien présenté d'extraordinaire jusqu'à l'âge de 18 mois, lorsqu'elle tomba de sa voiture dont la roue lui passa sur le cou. Le traumatisme n'avait pas dû être bien grave, puisque la domestique, dont la négligence en avait été cause, avait pu le dissimuler. La mère de l'enfant en fut informée seulement quelques jours plus tard par un témoin de l'accident. L'enfant ne fut pas malade ; mais, à partir de cette époque, elle cessa de grandir ; elle continua pourtant à grossir.

Aujourd'hui, à l'âge de onze ans, elle a 85 centimètres de hauteur et pèse 18 kilogrammes. Ayant de la peine à se tenir debout, et marchant mal, elle se tient d'habitude assise ou accroupie, la tête enfoncée dans les épaules, le menton appuyé sur le sternum. Avec ses cheveux blonds, raides et plantés bas : sa grosse tête ; son nez relevé, aux narines dilatées ; sa bouche entr'ouverte, à la lèvre pendante ; ses yeux bleus, au regard étonné ; son teint d'un blanc mat, elle ressemble, au dire de M. Guerlain, aux grotesques peints qui décorent les vases de Chine.

Les mains, les pieds cyanosés semblent œdématiés sans que l'empreinte du doigt persiste; le cou participe à cet œdème dur; la poitrine est bombée, le ventre est volumineux, proéminent en besace. L'intelligence de cette enfant est médiocre, cependant elle vient d'apprendre facilement son alphabet; elle passe sa vie dans son fauteuil, paraissant en contemplation continuelle, ne remuant que si on l'agite, ne parlant que si on l'interroge; alors elle répond à toutes les questions sans hésitation, sans embarras, de préférence en anglais, mais elle parle également le français.

Ses sens paraissent bien développés : la vue et l'ouïe sont bonnes; le goût ne semble pas raffiné, car l'huile de ricin lui est agréable. Sa sensibilité cutanée n'a rien présenté de spécial; elle distingue bien le froid du chaud; cependant ses extrémités sont toujours remarquablement froides. Il est à regretter qu'on n'ait pas relevé sa température moyenne. Aucune déformation du squelette.

Les fonctions de nutrition sont régulières; elle mange bien, malgré ses dents mauvaises et difformes, au nombre de quatre en haut, deux incisives et deux grosses molaires; six en bas, quatre incisives et deux canines. Ses digestions sont bonnes; elle est habituellement constipée.

Rien à noter du côté des poumons. La respiration est normale, les battements du cœur sont réguliers, les bruits normaux, le pouls faible et sans fréquence. Pas d'anomalie apparente des organes génito-urinaires. Urine normale. Pas d'albumine.

M. Guerlain fait suivre son observation de réflexions où il discute le diagnostic de cette curieuse affection; et, après avoir éliminé successivement la possibilité d'une persistance du trou de Botal, le goître exophthalmique, l'éléphantiasis, il arrive à rapprocher ce fait de celui qui a été publié, dans le *Progrès médical*, par MM. Bourneville et d'Ollier (1880, n° 35, p. 709), sous le titre de Crétinisme avec myxœdème, ou de Cachexie pachydermique; cette dernière dénomination est celle qu'adopte M. Charcot.

Il est difficile de trouver une analogie plus grande. Il s'agit encore d'un enfant, cette fois du sexe masculin, sans antécédents héréditaires, qui, bien venu, fait à 15 mois une chute dans un escalier, après quoi le développement s'arrête. A dix-neuf ans, il a 90 centimètres de haut, 5 de plus que la fille de onze ans, et pèse aussi un peu plus, environ 20 kilogrammes. A ces différences près, on dirait les deux observations calquées l'une sur l'autre; la fille avait été comparée à un magot de la Chine, le garçon avait mérité, à Bicêtre, le surnom de *Pacha;* notons pourtant encore une différence: la fille était un peu plus intelligente, le garçon était gâteux.

Évidemment, même maladie, de cause analogue.

M. Guerlain nous a adressé son observation, parce qu'il a vu, entre le traumatisme et l'état qui a suivi, une relation de cause à effet. A-t-il eu raison? Il serait permis d'en douter, à envisager l'histoire de cette curieuse affection. Signalée pour la première fois par Gull, en 1873, sous le nom d'*état crétinoïde;* par Ord, en 1877, sous celui de *myxœdème,* et par le professeur Charcot, en 1880, sous le nom de *cachexie pachydermique,* elle n'avait été observée, avant le fait du Dr Bourneville, que chez des adultes, et presque exclusivement des femmes. Depuis, on a publié encore un certain nombre d'observations nouvelles : Morvan, Fournier, de Brest, Blaise, en France; Mohamed, Lunn, Cavafy, Kopkin, Inglis, Duckworth, Hammond, à l'étranger; toujours il s'agit d'adultes, et jamais il n'est question de traumatisme. Dans sa thèse de doctorat, M. Ridel-Saillard, qui insère l'observation de M. Bourneville, ne songe pas, au chapitre Étiologie, à discuter ni même à signaler cet ordre de causes.

Un important débat s'ouvre au commencement de l'année à la Société clinique de Londres; il n'y est pas non plus question de traumatisme.

Les membres de la Société sont loin de s'accorder : les uns voient dans la lésion un véritable œdème chronique; d'autres y voient une dégénérescence muqueuse spéciale; d'autres attachent toute l'importance à la prolifération cellulaire; pour d'autres encore, il s'agit là d'une malformation des tissus plutôt que d'une dégénérescence.

Pour les premiers, c'est une maladie de Bright; pour les autres, qui n'y voient aucune analogie avec la maladie de Bright, il y a encore divergence sur le point de savoir si c'est par le système nerveux central que cela commence, ou si les centres nerveux ne sont atteints que secondairement. Il est évident, messieurs, qu'il n'appartient pas à la Société de chirurgie d'entrer dans cet ordre de discussion; mais nous ne pouvons pas ne pas être frappés de ce fait, que la maladie a toujours été observée chez des adultes âgés de plus de trente-quatre ans, et qu'elle s'était déclarée chez eux spontanément. Deux fois seulement, elle a été observée dans la première enfance, à quinze et à dix-huit mois; dans ces deux cas exceptionnels, elle a succédé à un traumatisme, et a évolué avec une similitude étonnante. J'avoue qu'ici j'aurais bien de la peine à ne pas considérer le traumatisme comme l'agent déterminant; s'il en est vraiment ainsi, et si, d'autre part, la maladie de ces enfants est la même que celle des adultes, ces deux faits seraient favorables à ceux qui considèrent la lésion comme ayant son siège primitif dans le système nerveux.

En terminant l'analyse des deux observations que vous a adressées M. Guerlain, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur ;

2° De déposer dans nos archives la première observation, celle de macroglossie, et de publier *in extenso* la seconde, celle de myxœdème ;

3° Enfin, de maintenir M. Guerlain dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membres correspondants nationaux.

Discussion.

M. Verneuil. M. Périer vient de rappeler l'historique du myxœdème; mais dans l'examen des opinions émises sur la nature de cette affection, il a fait une omission en ce qui concerne la nature nerveuse du myxœdème. En effet, M. Henrot (de Reims) a, dans une communication très intéressante faite cette année au Congrès de la Rochelle, confirmé la réalité de l'origine nerveuse de la maladie, en citant un fait dans lequel des filets du sympathique avaient le volume de l'index, où la glande pinéale était très volumineuse, etc.

Le fait de M. Henrot est à rapprocher des deux observations du rapport de M. Périer, dans lesquelles un traumatisme sur la partie supérieure de la moelle épinière a été suivi du myxœdème. On comprend que l'action du traumatisme amène l'explosion précoce de cette affection.

M. Desprès. L'enfant de la première observation était né aux Indes, où il existe une variété d'éléphantiasis caractérisée par le myxœdème ; peut-être cet enfant a-t-il pris le germe de son affection dans ce pays.

M. Trélat nous a communiqué une observation d'enfant polysarcique qui ressemble à celle de M. Guerlain ; y a-t-il analogie entre les deux faits ?

M. Trélat. Chez l'enfant dont parle M. Desprès, il n'y avait que de la graisse.

Quant à l'observation de M. Guerlain, je n'oserais pas nier l'influence du traumatisme, mais je ne suis pas convaincu qu'il ait joué un rôle dans le développement de la maladie ; d'autant plus que ce traumatisme a été léger et que la mère ne s'en est pas aperçu.

M. Périer. Le myxœdème semble appartenir plutôt à la pathologie interne, mais chez les deux enfants dont j'ai parlé, l'existence d'un traumatisme antérieur à la maladie m'a engagé à vous en

entretenir un peu longuement, tout en faisant des réserves quant à l'influence de ce traumatisme sur le développement de la maladie.

Je répondrai à M. Desprès, au sujet du premier enfant né aux Indes, que le malade de M. Bourneville, dont les lésions étaient identiques, était né à Neuilly-sur-Seine.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Cachexie pachydermique consécutive à un traumatisme du cou[1],

par le Dr Guerlain-Dudon (de Boulogne-sur-Mer).

Violette X..., onze ans, née aux Indes, d'une mère et d'un père Anglais, bien portants, bien constitués tous deux, est le second enfant de la famille; le premier est une fille vivante et bien portante, le second, notre malade, le troisième un garçon et les quatrième et cinquième deux filles bien portantes et bien conformées.

En Angleterre, à l'âge de dix-huit mois, une bonne a laissé tomber cette enfant hors de sa voiture et la roue lui a passé sur le cou.

La mère n'a pas connu immédiatement cet accident et l'enfant n'a rien présenté d'extraordinaire ; seulement quelques jours plus tard une femme a raconté l'accident à la mère.

A partir de ce moment l'enfant a cessé de grandir, mais a encore grossi. Elle n'a jamais été malade. Elle mange le matin une tartine avec thé ; à midi, potage, viande, *pudding*, bière et vin; le soir, demi-tartine. Elle digère bien, elle est généralement constipée, évacuation tous les deux ou trois jours, noires, dures, en galets.

Elle urine facilement et son urine analysée ne présente rien.

Elle aime à être assise ou accroupie, elle se tient mal debout, marche mal, sa tête est enfoncée dans ses épaules, son menton est appuyé sur le sternum ce qui fait croire qu'elle n'a pas de cou. Son front est assez développé, ses cheveux sont blonds, raides et plantés assez bas vers les tempes.

Son nez épaté, brisé au milieu, relevé à sa pointe avec les deux narines dilatées, sa bouche entr'ouverte avec sa lèvre inférieure épaisse, pendante et bleuâtre ; ses yeux bleus, grands ouverts relevés vers les angles externes, son teint blanc mat, son air étonné et peu intelligent donnent à l'ensemble de sa physionomie un air étrange et comme une vague ressemblance avec ces grotesques peints sur les porcelaines, les écrans ou les éventails chinois.

Elle parle peu et presque seulement quand on l'interroge, elle com-

[1] La malade qui fait le sujet de cette observation est repartie en Angleterre où son histoire pourrait être publiée.

prend l'anglais et le français, elle parle ces deux langues mais préfère employer l'anglais, elle répond à toutes les questions sans embarras, sans hésitation.

Ses mains et surtout ses pieds semblent œdématiés et bleuâtres, l'empreinte du doigt n'y reste pas marquée, le cou participe à cette espèce d'œdème dur.

Le tissu cellulaire sous-cutané semble légèrement induré en ces endroits.

Cette enfant a continuellement froid aux mains et aux pieds, mais surtout aux pieds.

Sa taille mesure 85 centimètres de hauteur, du sinciput à la plante des pieds; la colonne vertébrale est rectiligne, aucune vertèbre ne manque, ou ne semble déformée ni déviée.

Le front mesure 6 centimètres de la naissance des cheveux à la naissance des sourcils.

L'angle facial est presque droit. La ligne qui va du nez au menton n'est distante du front au niveau du sourcil que de 2 centimètres.

La tête a une forme carrée.

Le diamètre occipito-mentonnier a.............	32	centimètres.
Le diamètre bipariétal	20	—
Le diamètre occipito-frontal........	24	—
Le tour de la tête au niveau des tempes.........	51	—
La bouche mesure...........................	04	—

De l'angle du maxillaire inférieur à l'autre angle on trouve 15 centimètres.

Les maxillaires sont normaux, la branche ascendante forme un angle presque droit avec la branche horizontale.

Les dents sont mal développées; à la mâchoire supérieure on trouve deux incisives difformes et deux grosses molaires à peu près régulières, quatre incisives et deux canines se rencontrent à la mâchoire inférieure; il n'y a pas de molaires.

Le cou mesure 34 centimètres de circonférence et à peine 2 centimètres de hauteur.

Le menton se pose continuellement sur la poitrine; il semble qu'elle n'ait pas de cou.

Les clavicules mesurent 9 centimètres, les omoplates sont normales.

D'une épaule à l'autre nous avons 37 centimètres devant et 38 centimètres derrière.

Au bras, l'humérus est assez volumineux; nous avons 17 centimètres de longueur de l'épaule au coude, 16 centimètres de circonférence au niveau de l'aisselle, 15 centimètres de circonférenee au niveau du coude

Le coude est bien conformé, l'articulation parfaite, à l'avant-bras les deux os n'ont rien d'anormal, la longueur de l'avant-bras est de 14 centimètres.

La circonférence du poignet est de 12 centimètres.

La main est potelée; il y a 5 centimètres de la ligne articulaire du poignet à l'origine des doigts.

Elle a 8 centimètres de large au niveau de la ligne carpo-phalangienne.

La circonférence de la main est de 14 centimètres.

Les doigts bien conformés et potelés mesurent :

Le pouce	4 centimètres de long,			5 centimètres de circonférence.		
L'indicateur	5	—	—	4	—	—
Le médius	5 1/2	—	—	4 1/4	—	—
L'annulaire	5	—	—	4	—	—
L'auriculaire	4	—	—	3	—	—

La circonférence a été prise au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Poitrine bombée, sternum normal, il mesure 13 centimètres de long. Les cotes n'offrent rien à noter.

Seins non marqués, les mamelons se présentent sous forme de deux petites saillies rouges, distantes l'une de l'autre de 17 centimètres et à 23 centimètres du nombril.

Le ventre mesure 66 centimètres de circonférence, il est volumineux, proéminent, en besace, comme chez une femme qui a eu des enfants mais sans vergetures.

Du nombril au pubis longueur .... 8 centimètres.
Du nombril au genou .... 31 —

Les hanches ne présentent rien d'anormal, hanches rondes peu saillantes, à ce niveau nous trouvons 58 centimètres de circonférence.

Au pli de l'aine .... 31 centimètres.
Au niveau des cuisses .... 30 —
Au genou .... 22 —
A la cheville .... 17 —

De la hanche au genou nous avons 25 centimètres de longueur.

Du genou à la cheville 17 centimètres.

Le pied a 13 centimètres de longueur et 16 centimètres de circonférence.

Les orteils n'ont rien de remarquable dans la conformation du squelette ni des muscles, ils sont bleuâtres et toujours froids.

Poids total du corps 37 livres 1/2 toute habillée et 18 kilogrammes sans vêtement.

L'intelligence de cet enfant est médiocre. Elle vient cependant d'apprendre facilement et rapidement son alphabet. Elle passe sa vie accroupie dans son fauteuil, ne remuant que si on l'agite, ne parle que si on l'interroge, semble en contemplation continuelle.

Ses yeux fonctionnent bien, l'ouïe est bonne ; le goût peut être mal développé.

L'ayant purgée avec de l'huile de ricin, il y a quelques jours, elle a trouvé cela bon : est-ce dû à une perversion du goût ou de l'intelligence ?

Elle différencie le chaud du froid, ne se brûle jamais en mangeant, ne se mord pas la langue.

Les dents sont mauvaises, irrégulières, aiguës, il y en a quatre à la mâchoire supérieure, deux incisives et deux molaires, et quatre incisives à la mâchoire inférieure.

La langue n'a rien d'anormal.

Les poumons, rien à noter. Les battements du cœur réguliers, sans souffle. Le pouls faible mais régulier et sans fréquence. La sensibilité aux piqûres, aux pincements est très marquée. Le chaud du froid elle les différencie fort bien partout le corps.

La vessie, le rectum, l'anus, la vulve, n'offrent rien de particulier ni de difforme.

Les cheveux blonds, durs, sont assez abondants.

La peau blanche, mate, sans traces, bleutée de veines.

Pas de ganglions au cou, aux aines, nulle part.

Les fonctions de la peau se font bien, en dehors du froid constant qu'elle éprouve aux mains et aux pieds.

Le squelette n'offre aucune déformation.

Les articulations régulières, complètes, fonctionnent bien.

La salive est alcaline. Le sang, nous n'en avons pas eu pour l'analyser.

Les urines analysées avec soin ont une densité de 1013. Une réaction légèrement acide. Elles sont de couleur pâle, de réaction à peine acide, pauvres en principes organiques, ce qui leur donne l'apparence d'urine anémique.

La liqueur cupro-potassique de Fehling, la chaleur, l'acide nitrique, le réactif de Méhu, ne donnent aucun dépôt d'albumine.

La teinture d'iode, l'acétate do plomb, l'acide nitrique, ne donnent aucune trace de bile.

Pas de pus, pas de sang, pas de matières graisseuses. Du mucus en quantité normale.

L'urée, les chlorures, les sulfates, les phosphates s'y rencontrent en quantité normale.

Réflexions.

Nous avons ici une enfant sœur de quatre autres bien conformés, bien constitués, dont le développement s'arrête brusquement à l'âge de 18 mois, sans maladie apparente, sans cause appréciable. Il y a bien une chute, une roue de voiture qui passa sur le cou de cette enfant; mais les détails manquent au sujet de ces violences extérieures qui n'ont donné lieu à aucun symptome morbide, immédiatement ni plus tard.

Actuellement on ne constate aucune altération du squelette, toutes les pièces existent, ne sont pas en rapport avec l'âge, mais n'ont pas de déformation.

Le système circulatoire n'a rien d'anormal.

Le cœur n'est pas volumineux, il n'a ni bruits anormaux, ni battements exagérés, les vaisseaux n'ont pas de souffle, les artères, les veines ne sont ni volumineuses, ni anévrismatiques, ni variqueuses, ni même marquées sur le tégument externe.

Il y a seulement aux radiales un peu de difficulté pour compter les battemens du pouls.

Les lèvres blèuâtres, les mains et les pieds bleus et froids.

Le système lympathique n'a pas de ganglions, pas de vaisseaux engorgés ou apparents au cou ni ailleurs.

Le ventre est volumineux, mais on ne trouve ancun ganglion mésentérique engorgé, aucune dureté au fond de l'abdomen.

Le système nerveux, le cerveau, la moelle, le grand sympathique ont-ils été altérés par cette chute ; par le passage de cette roue de voiture, mais on n'a constaté aucun trouble de la sensibilité, aucun trouble de la motilité, un peu de paresse pour la station debout, pour la marche, dans l'intelligence, mais pas de paralysie, ni générale, ni locale, ni spéciale.

La persistance du trou de Botal produit une cyanose plus étendue que celle que nous voyons bornée ici à la lèvre inférieure, aux pieds et aux mains, et le cœur présente des troubles qui manquent ici. Et puis cette malformation peut-elle produire un arrêt de développement ?

Le goitre exophtalmique ? Le facies de cet enfant ne ressemble en rien à celui d'un exophtalmique.

Les yeux n'ont aucune saillie, les vaisseaux nul souffle, la glande thyroïde n'est pas hypertrophiée.

Cette maladie peut-elle amener un arrêt de développement ?

L'éléphantiasis des Grecs, avec sa peau tuberculeuse ou non, brunâtre, écailleuse, ne ressemble en aucune façon à notre peau, blanc mat chlorotique, il est accompagné, précédé ou suivi de phénomènes fébriles et de troubles fonctionnels qui nous font défaut complètement ici.

L'éléphantiasis des Arabes ressemble peut-être un peu à l'état de notre tégument externe, il a cette peau œdématiée, dure, que nous voyons au cou, aux mains, aux pieds, bien qu'ici cet œdème ressemble plutôt à celui qui accompagne les engelures en hiver, mais cet éléphantiasis est fébrile, la portion envahie est fort volumineuse et augmente sans cesse. Ici, en neuf années, nous avons fort peu d'augmentation de volume; si on s'en rapporte aux mesures que nous avons prises sur chacun des organes de cette enfant.

Et l'éléphantiasis des Arabes produirait-il un arrêt de développement aussi régulier, sans aucune maladie, sans aucun trouble fonctionnel et tel que celui que nous voyons ici ?

En résumé, à quoi peut-on attribuer cet arrêt de développement? Aucune maladie, aucune lésion organique ou trouble fonctionnel n'a pu être constaté. En dehors de la chute et de la roue de la voiture sur le cou nous n'avons rien découvert.

Mais si la peau est fine, souple et douce, elle fonctionne incomplètement, comme je le note dans mon observation, puisque l'enfant ne sue jamais.

Notre enfant a des cheveux assez épais et assez abondants.

Quoi qu'il en soit de ces différences, l'enfant que j'ai observée est bien une enfant myxœdémateuse ; mais si je n'ai pas découvert quelque chose de tout à fait nouveau, j'ai fourni une observation confirmant l'hypothèse de M. le docteur Charcot, qui pense que le myxœdème n'est pas une affection propre à l'adulte, que cette maladie se rencontre chez les enfants et qu'elle produit un arrêt de développement physique et intellectuel.

Pour finir, si chez l'enfant que j'ai observée, la chute et le traumatisme du cou produit par la roue de voiture ont été le point de départ de cet arrêt de développement, de cette maladie éléphantiasique, ne serait-il pas intéressant de rechercher si chez les adultes, aussi bien que chez les enfants myxœdémateux, cette maladie n'est pas causée souvent ou toujours par un traumatisme quelconque.

L'observation qui précède était rédigée et envoyée avec les réflexions qui l'accompagnent à la Société de chirurgie lorsque j'eus connaissance des leçons de M. le docteur Charcot à la Salpêtrière, sur la maladie qu'il nomme myxœdème, ou cachexie pachydermique ou état crétinoïde.

L'enfant que j'ai vue et décrite ressemble beaucoup au jeune homme du service du docteur Bourneville, à Bicêtre, que M. Charcot a montré dans une de ses leçons.

Seulement notre jeune fille a l'intelligence un peu plus développé, elle parle l'anglais et le français, ce qui peut tenir à sa position sociale et l'éducation qu'elle reçoit.

Ses grands yeux ouverts suivent avec attention et inquiétude les personnes qui la regardent, ce qui indique encore une intelligence assez éveillée.

Sa peau n'est ni sèche, ni écailleuse comme on l'a observée chez les myxœdémateux enfants ou adultes.

Rapport

Sur une communication de M. le Dr Blum, intitulée : *De l'arrachement du nerf sous-orbitaire,*

PAR LE Dr S. POZZI.

Je viens, au nom d'une commission, composée de MM. Chauvel, Berger et Pozzi, vous présenter un rapport sur une communication de M. Blum, candidat à la place de membre titulaire ; elle a trait à l'un des sujets sur lesquels il a le plus particulièrement fixé son attention, et qu'il a beaucoup contribué à vulgariser parmi les chirurgiens français, le traitement chirurgical des névralgies. Cepen-

dant ce n'est pas, comme dans ses communications précédentes, d'*élongation* que vient nous entretenir M. Blum, mais d'un procédé nouveau : « Jusqu'à ce jour, nous dit-il, les moyens employés étaient la névrotomie, la névrectomie, l'élongation; j'y ajoute l'*arrachement*. »

Avant d'apprécier la valeur et la nouveauté de cette méthode opératoire, il convient de vous rapporter le fait qui sert de base au travail de M. Blum.

(Cette observation est publiée ci-après).

Le travail de M. Blum vous a été présenté le 22 février 1882. A supposer que la malade ait été revue par l'opérateur immédiatement auparavant, cela ne fait encore qu'une période de quatre mois pendant laquelle la guérison a été constatée.

Ce procédé est-il nouveau ?

Oui, s'il suffit pour lui donner ce caractère qu'il ait été employé intentionnellement, au lieu d'être un simple incident opératoire de l'élongation. Non, dans le cas contraire. Mais hâtons nous de le dire, la rédaction de M. Blum ne laisse planer aucun doute sur ce point. « Je tirai le nerf violemment en dehors *pour le briser*, écrit-il. » Il ne s'agit donc pas là (la médecine opératoire compte plus d'un exemple de ce genre), d'un fait fortuit érigé ensuite en règle par le chirurgien qui a pu en constater soit l'utilité, soit même simplement l'innocuité.

J'ai trouvé deux cas récents où l'arrachement de l'extrémité terminale d'une des branches du trijumeau a été opérée, et où le procédé nouveau de M. Blum a été ainsi mis en usage avant qu'il ne l'eût élevé à la hauteur d'un principe. En y joignant un cas de M. Monod, notre collègue, nous arrivons au chiffre de trois observations; mais bien que le fait auquel a trait ce dernier *arrachement* ait été publié, le petit accident opératoire qui a accompagné l'élongation a été jugé de si médiocre importance qu'il n'est même pas consigné dans le texte imprimé [1]. Je tiens donc le détail de M. Monod lui-même. Nul doute que pareil silence n'ait été gardé souvent en pareil cas, et que, si les observations étaient plus minutieusement rédigées, nous n'eussions à enregistrer un nombre bien plus grand d'*arrachements* dans l'élongation des extrémités terminales des nerfs de la face. Quoi qu'il en soit, voici l'indication des trois cas :

1° *Arrachement du frontal externe à la suite de son élongation*, par le professeur Panas [2]. Il s'agissait d'une névralgie des deux premières branches du trijumeau, avec bhlépharospasme. Les nerfs sus et sous-orbitaires furent élongés. « Le nerf frontal

[1] De l'élongation des nerfs, par F. Scheving, thèse de Paris, 1881, p. 25, observation, 1.

[2] *Archives d'Ophtalmologie*, 1881, p. 386.

externe, est-il dit, est soulevé sur un crochet à strabisme, tiraillé à plusieurs reprises, assez fortement, *si bien qu'il cède à la traction.....* Le frontal interne est également découvert, tiraillé, *mais non rompu.* » Guérison suivie pendant deux mois seulement.

2° *Arrachement du nerf sous-orbitaire à la suite de son élongation*, par le Dr Badal[1]. « La traction portée jusqu'à 4 kilogr. (l'opérateur avait soin de mesurer la force employée avec un petit dynamomètre), produit la *rupture* du nerf dont on résèque 4 centimètres. Pas de soulagement, bien que cette rupture ait produit une anesthésie de l'aile du nez, de la moitié droite de la lèvre supérieure et de la portion correspondante de la muqueuse buccale. »

Enfin, nous plaçons, à la suite de ces deux faits publiés, l'observation de M. Monod, incomplètement relatée dans la thèse de F. Scheving, et qui devrait porter ce titre :

3° *Arrachement du frontal externe à la suite de son élongation*, pour un tic douloureux de la face. L'amélioration, d'abord très grande, dura à peine une douzaine de jours. L'opération avait été pratiquée le 28 décembre 1880, et dès la fin du mois de janvier 1881 (un mois après), les douleurs étaient revenues très vives et l'anesthésie qui avait suivi l'opération avait disparu ; donc, insuccès presque complet.

En résumé, ces trois cas d'*arrachement*, joints à celui de M. Blum, nous fournissent les éléments suivants pour juger la méthode :

a) Arrachement du sous-orbitaire, deux faits (Badal, Blum), un insuccès complet, un succès suivi pendant quatre mois.

b) Arrachement du frontal externe, deux cas (Panas, Monod), un insuccès à peu près complet, une guérison suivie pendant deux mois.

Ces chiffres n'ont pas besoin de commentaires ; mais il serait excessif d'y voir les éléments suffisants d'une statistique et d'affirmer, d'après eux, que dans l'*arrachement* la proportion des insuccès est de 50 0/0. En somme, comme nous l'avons déjà dit, il n'y a pas une différence bien grande entre l'élongation simple et l'élongation suivie de rupture ou *arrachement*, et l'une vaut sans doute autant que l'autre.

Nous possédons même des données très exactes sur la force de traction nécessaire pour amener l'arrachement du nerf sous-orbitaire sur le vivant. Elles sont renfermées dans le mémoire du

[1] *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1881, nos 47, 49 et 51.

Dr Badal, déjà cité ; cet opérateur a mesuré la force qui a amené la rupture et l'a trouvée de 4 kilogrammes ; dans une observation précédente, il avait porté à 2 kilogr. 1/2 la traction sur le même nerf chez une autre malade, et avait ainsi amené son allongement de 3 centimètres, mais sans le rompre. Le chiffre est sans doute sujet à quelques variations individuelles ; ainsi, dans ses expériences sur le cadavre, Trombetta[1] donne une indication un peu plus forte pour le sous-orbitaire : —5 kilogr. 477 gr., tandis qu'il faudrait seulement, d'après lui, 2 kilogr. 720 gr. pour rompre le sus-orbitaire et 2 kilogr. 492 gr. pour rompre le mentonnier. Ces chiffres s'appliquent à la rupture provoquée par une traction lentement progressive ; on comprend très bien que des tiraillements brusques, tels que ceux qu'on exécute sur le vivant pour pratiquer l'élongation, amènent l'arrachement sous un moindre effort. Combien n'est-il pas, dès lors, facile, de la produire involontairement : une traction de 4 kilogr. demande, en effet, un assez faible déploiement de force musculaire de la part du chirurgien. Rappelons, comme terme de comparaison, que M. Gillette conseille d'aller jusqu'à 18 et 20 kilogrammes pour le nerf sciatique.

Quelles sont donc les raisons qui font que M. Blum attache tant d'importance à l'arrachement accompli de propos délibéré ? Voici comment il s'exprime :

« L'élongation du nerf sous-orbitaire n'a été faite, à ma connaissance, que trois ou quatre fois. Pour ce nerf spécialement dont la destruction n'entraîne aucun trouble sérieux dans l'économie, je ne vois pas quel avantage il y a à tenter une opération comme l'élongation dont on ne connaît pas encore le mode d'action.

« Suppression et destruction du nerf le plus près possible de sa pénétration dans le canal sous-orbitaire, et cela sans faire courir au malade aucune chance de complication opératoire, tel est le résultat que je pense qu'on peut obtenir par l'arrachement du nerf.

« Les expériences faites sur le cadavre m'ont démontré que lorsqu'on mettait à nu le nerf sous-orbitaire au niveau de sa sortie du canal, lorsqu'on avait soin de bien l'isoler des parties voisines et de le détacher avec le doigt des adhérences qui le fixent à l'orifice extérieur, on pouvait, par des manœuvres lentes et progressives, arriver à l'arracher de façon à ce que la solution de continuité se fît à une distance du rebord osseux de 10 à 30 millimètres. Je me hâte de dire, ajoute judicieusement M. Blum, que ces expériences sont loin d'être concluantes, car elles ont été faites sur des sujets injectés à Clamart et naturellement plus ou moins longtemps après la mort. »

[1] *Sullo stiramento delli nervi.* — Messina, 1880.

Il y a une autre cause d'erreur à laquelle ne paraît pas avoir songé le présentateur, et qui jette un certain doute sur la longueur réelle du nerf arraché. Je veux parler de l'allongement assez considérable produit par l'élongation et précédant la rupture. Les expériences de Tillaux ont, depuis longtemps, montré l'importance de ce phénomène, puisqu'il peut aller de 15 à 20 centimètres pour le médian et le cubital. Pour ce qui concerne le sous-orbitaire, nous trouvons dans l'observation Ire du Dr Badal [1], qu'une traction de 2 kilogrammes et demi a produit une élongation de 3 centimètres, et dans son observation II, qu'une traction de 4 kilogrammes a encore produit le même allongement avec l'arrachement du nerf. Si donc, ce qui paraît probable en l'absence d'indication contraire et vu la concordance des chiffres précédents, M. Blum a apprécié l'étendue du nerf enlevé par la dimension du fragment resté entre les mors de sa pince, il a tout simplement mesuré l'allongement que sa traction avait produit. Le principal avantage qu'il attribue un peu théoriquement à l'arrachement est donc illusoire. Quant à l'épreuve clinique, on pouvait dire, après son unique observation, qu'elle n'était pas suffisante, et l'on peut ajouter après les trois observations nouvelles que nous avons données, qu'elle n'est pas encourageante.

Doit-on aller plus loin et reprocher à la manœuvre de l'arrachement d'être dangereuse? M. Blum lui-même ne paraît pas avoir été dépourvu de craintes : « Ce n'est pas sans émotion, écrit-il, que je pratiquai pour la première fois l'arrachement. » Peut-être avait-il alors présente à la mémoire l'observation relatée ici même par M. Tillaux [2], d'une fonte purulente de l'œil survenue rapidement après la distension involontaire et énergique du nerf sous-orbitaire dans une résection du maxillaire supérieur, ou bien encore l'observation de Czerny [3] où une kératite ulcéreuse grave succéda à l'élongation suivie de résection du nerf sous-orbitaire. Peut-être encore s'est-il souvenu de la distinction si judicieusement établie ici par M. Nicaise, entre l'élongation des nerfs rachidiens et des nerfs crâniens, et a-t-il redouté la transmission de la violence au ganglion de Gasser et au cerveau, situés en ligne directe à une si courte distance. Cependant, M. Blum a passé outre, et il a bien fait, puisque sa malade a dû à son audace une guérison au moins temporaire, et peut être définitive. Nous avons, du reste, montré qu'il n'y a pas une telle différence entre la force déployée ordinairement dans l'élongation simple et celle qui amène l'arrache-

[1] *Loco citato.*
[2] *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1877, p. 410.
[3] *Arch. f. Psych. und Nerven-Krankheiten*, t. X, p. 284, 1879.

ment, pour qu'un chirurgien qui ne craint pas la première de ces manœuvres redoute beaucoup la seconde.

On le voit, ce n'est pas, à notre avis, un parallèle entre l'arrachement et l'élongation qu'il convient d'établir, mais bien entre ces deux procédés d'une méthode identique, *la traction terminale* plus ou moins forte, allant ou non jusqu'à la rupture, d'une part, et d'autre part, la *section* du nerf dans sa continuité, la névrotomie, mieux nommée *névrectomie*, puisque tous les opérateurs s'accordent à réséquer une certaine portion du tronc pour s'opposer aux phénomènes si rapides de la réparation nerveuse.

La névrectomie, telle qu'elle est pratiquée actuellement, est-elle une opération plus grave que l'élongation ?

Est-elle plus efficace ?

Si la première de ces questions est résolue par la négative et la seconde par l'affirmative, tout doute sera dissipé.

Nous avons indiqué les dangers possibles de l'élongation de la branche ophtalmique de Willis ; mettons en regard ceux qu'on a reprochés à la névrotomie.

Pour cela, nous n'avons qu'à transcrire ceux qu'énumère avec complaisance le mémoire de M. Blum. (Voir plus loin ce passage textuellement reproduit.)

M. Blum nous paraît avoir assombri quelque peu le tableau.

La déchirure de l'artère sous-orbitaire n'a aucune importance ; si la torsion n'en fait pas justice, il est toujours facile de la lier après ou même avant la section du nerf. Dans aucune observation, nous n'avons trouvé mentionnée cette blessure de l'artère comme une complication véritable M. Terrillon, qui n'a pas pu l'éviter, en a à peine été gêné quelques instants. Il faut, en effet, remarquer que la longue incision transversale largement béante après le soulèvement de l'œil dans une petite cuiller, donne un jour considérable et permet d'opérer très à l'aise, même sans qu'il soit nécessaire d'y adjoindre l'incision verticale de M. Tillaux.

La perforation de la paroi inférieure du l'orbite et l'ouverture du sinus maxillaire est un accident tout théorique : on ne la trouve, à la vérité, indiquée que dans l'observation de M. Tillaux. Mais la perforation a été dans ce cas intentionnelle et destinée à nettoyer le sinus atteint depuis longtemps d'inflammation. Il suffit de répéter l'opération sur le cadavre pour voir avec quelle facilité et quelle précision on ouvre le canal sous-orbitaire qui se dessine nettement sur le plancher de l'orbite par sa coloration différente et qu'on entame aisément avec la pointe du bistouri.

On n'a observé d'accidents phlegmoneux que dans les cas où l'on a mis en usage le procédé défectueux de Malgaigne. Quand on a suivi le procédé qui doit, selon nous, devenir *classique*, non

seulement la guérison a été prompte, mais même elle s'est faite presque toujours par première intention; l'opération s'est montrée d'une bénignité extrême et, on peut le dire, inattendue.

Quel est donc la méthode qu'on doit suivre pour obtenir ce beau résultat?

Il serait tout à fait hors de propos de nous arrêter à discuter ici la valeur des nombreux procédés mis en usage pour opérer la résection du nerf sous-orbitaire auxquels s'attachent les noms de Bérard aîné, Malgaigne, Jules Roux, Herrgott, A. Guérin, en France; de Carnochan, en Amérique; de Langenbeck, Schuh, Wagner, Lücke, Lossen et Braun, en Allemagne [1].

Nous dirons tout de suite que c'est le procédé proposé d'abord et pratiqué par Wagner, de Kœnigsberg [2] (avec un instrument spécial entièrement inutile) puis, en France, bien décrit par Letiévant [3], mis depuis en pratique et ingénieusement modifié par M. Tillaux [4], qui nous paraît devoir être adopté sans conteste. Si l'on croit devoir pratiquer l'avulsion du bout périphérique, comme l'a conseillé notre savant collègue, nous pensons avec M. Nicaise [5] qu'il faudrait intervertir les temps de cette manœuvre complémentaire, de manière à n'irriter le nerf par la ligature de de son bout terminal que lorsqu'il aurait été séparé du centre et serait, par suite, devenu inerte. Nous avouons du reste, ne pas être absolument fixé sur la valeur de ce perfectionnement; il n'est pas démontré par une expérience suffisante qu'il mette davantage à l'abri des récidives. Lorsque celles-ci se sont produites à la suite de la névrectomie, elles ont presque toujours porté, non sur le nerf antérieurement sectionné, mais sur une autre branche du trijumeau. L'ablation de deux centimètres du nerf dans sa continuité est toujours facile avec le procédé décrit par Letiévant; la dégénérescence wallérienne s'empare bientôt après du bout périphérique séparé de son centre trophique, et avant qu'une cicatrice l'ait relié au bout central, cette dégénérescence est si complète qu'elle équivaut tout à fait à une destruction. Ce procédé paraît donc suffisant. D'autre part, la manœuvre de M. Tillaux rend l'opération plus longue (une grande abondance de sang, est-il dit dans l'observation

[1] Consulter pour l'indication très sommaire des procédés français : Sedillot et Legouest, *Traité de médecine opératoire*, 1870, t. II, p. 11, ainsi que le Traité de Létiévant cité plus bas, et pour la description détaillée des procédés étrangers, Ed. Albert, *Lehrbüch der Chirurgie und Operations, lehre* (Wien und Leipzig), I, p. 243.

[2] *Archiv für Klinisch. Chir.*, 1870.

[3] *Traité des sections nerveuses*, Paris, 1873, p. 509 et suiv.

[4] *Loco citato.*

[5] *Gazette des Hôpitaux*, 8 décembre 1881.

de M. Terrillon, qui l'avait mis en usage, gêna la recherche du nerf); enfin elle rend la cicatrice très apparente, tandis qu'elle est à peu près invisible et cachée dans le sillon normal qui marque l'insertion de la paupière lorsqu'à l'incision transversale curviligne on n'a pas joint le prolongement vertical nécessaire pour découvrir et lier le nerf à sa sortie du trou sous-orbitaire et extraire le bout périphérique ainsi que le recommande M. Tillaux.

Nous croyons avoir démontré que la névrectomie du sous-orbitaire par le procédé de Wagner-Letiévant est une opération simple et bénigne. Est-elle efficace et soutient-elle la comparaison, sous ce rapport, avec l'élongation? Les faits seuls, nous semble-t-il, peuvent être appelés à trancher la question, indépendamment de toute considération théorique, car il serait tout aussi facile de trouver *à priori* des arguments en faveur de l'une que de l'autre de ces méthodes.

En compulsant les derniers travaux publiés sur la question [1], nous avons réuni neuf cas d'élongation pratiqués sur le nerf sous-orbitaire pour névralgie. Ce n'est pas beaucoup, et pourtant c'est plus que ne le pensait M. Blum : « A ma connaissance, nous disait-il, à la date du 22 février, l'élongation de ce nerf n'a été faite que trois ou quatre fois. » — Encore avons-nous éliminé un cas de Grainger Stewart [2] qui est donné comme un cas de succès après deux élongations. On voit, en effet, par la lecture de l'observation, qu'une première élongation était restée sans succès; en découvrant le nerf pour en pratiquer une seconde on *coupa* le nerf à sa sortie du trou sous-orbitaire. Ce n'est qu'après cette section que les douleurs cessèrent : l'opéré n'a pas été guéri. Ce cas complexe, qui pourrait être revendiqué à la fois par les partisans de l'élongation et par ses adversaires, doit être rejeté d'une bonne statistique. Nous ferions entrer plus volontiers dans celle-ci l'observation de M. Blum, qui, peut être considérée comme, qu'une élongation suivie de rupture. Mais nous avons su résister à cette tentation.

Voici le tableau des neuf observations d'élongation du nerf sous-orbitaire :

[1] En particulier : F. Scheving. De l'élongation des nerfs. *Thèse de Paris*, 1881. — Jules Bursaux. De la résection du nerf sous-orbitaire dans la névralgie faciale rebelle, *Thèse de Paris*, 1882. — Henri Michon. Des moyens chirurgicaux employés comme traitement de la névralgie faciale rebelle, *Thèse de Paris*, 1882. — Artaud et Gilson. De l'élongation des nerfs : *Revue générale*, in *Revue de Chirurgie*, 1882, nos de février et mars. — Article de Revue : *Nerve Stretching, in The American journal of Neurology and Psychiatry*, May 1882.

[2] *British Medical journal*, 1879 (cité par Artaud et Gilson), *loco citato*.

TABLAU.

1er TABLEAU. — Neuf élongation du nerf sous-orbitaire, pour cause de névralgie.

OPÉRATEURS.	INDICATION bibliographique.	AGE.	DÉBUT des accidents.	TEMPS pendant lequel le malade a été suivi.	RÉSULTAT.
VOGT.	*Die Nervendehnung*, Leipzig, 1877.	50 ans	10 ans	»	Gnérison.
WALSHAM.	*British medic. journ.* 1880, Vol. II, p. 109.	50 ans	10 ans	»	Guérison (après érisypèle).
SPENCE.	*The Lancet*, 1880, Vol. I, p. 249.	»	»	»	Guérison après une seconde elong. La douleur avait reparu au sixième jour après la première.
PANAS.	*Arch. d'Ophtal.* 1881, p. 386.	21 ans	2 ans	1 mois	Guérison.
CH. MONON. (publié par Quinquand).	*Bull. de la Soc. de Biologie*, 1881.	»	»	»	Insuccès (l'anestbésie ne persiste qu'une heure après l'opération
HIGGENS.	*British medic. journ.*, 1879, vol. I, p. 893.	62 ans	2 ans	2 mois	Guérison (le sus-orbitaire a aussi été élongé.)
BADAL.	*Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 1881. nos 47, 49, 51.	39 ans	3 ans	»	Insuccès complet. (Pas même un soulagement momentané.)
BADAL.	*Ibidem.*	38 ans	»	»	Insuccès complet. (Pas de rémission.)
COPPEZ.	*Ann d'oculistique*, 1882, p. 59.	5 ans	2 mois	»	Guérison.

2e TABLEAU. — Cinq névrectomies du tronc du nerf sous-orbitaire par le procédé Wagner-Letiévant (avec la modification de Tillaux, pour les trois premières.)

OPÉRATEURS.	INDICATIONS bibliograpbiques	AGE.	DÉBUT des accidents,	TEMPS pendant lequel le malade a été suivi.	RÉSULTAT.
TILLAUX.	*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.* (13 jnin 1877), t. III, p. 416.	32 ans	12 ans	5 ans (comm. orale.)	Guérison (dure encore).
TERRILLON.	*Soc. de Chir.* t. VII (1881) p. 129.	54 ans	3 ans	2 ans (comm. orale.)	Guérison (dure encore).
NICAISE.	*Gaz. des Hôp.* 8 décembre 1881.	44 ans	3 a. 1/2	plus d'un an (comm. orale.)	Guérison (dure encore).
EN. SCHWARTZ	*Thèse de Michon* Paris, 1882, p. 54.	61 ans	11 ans	14 mois (comm. orale)	Guerison (dure encore).
POZZI.	*Inédite.*	70 ans	9 ans	15 mois	Guérison (dure encore).

Sur ces neuf cas, nous trouvons d'abord trois insuccès complets (1 observ. de Monod, 2 observ. de Badal). Dans 1 autre observation, la première élongation n'a amené qu'un soulagement de six jours de durée, et on a dû recommencer : nous ne savons pas combien de temps la guérison s'est ensuite maintenue (obs. de Spence). — Il faut regretter, en effet, la hâte excessive que mettent les chirurgiens, surtout les chirurgiens étrangers, à publier les observations de ce genre avec le titre de *guérison*, quelques semaines à peine après leur intervention. Un laps de temps autrement considérable est nécessaire pour justifier cette appréciation. — En somme, les malades *élongés* dont la guérison a été suivie le plus longtemps sont ceux de Higgens et de Coppez ; et cette période n'est que de *deux mois*.

Passons aux résultats de la névrectomie. Ici, à cause des divers procédés employés, il faut faire une division, distinguer les faits où le procédé actuellement adopté en France (Wagner-Letiévant, Tillaux), a été mis en usage de celui où l'on a employé le procédé actuellement le plus suivi en Allemagne et caractérisé par la résection ostéoplastique de l'os malaire (opération de Lücke, modifiée par Lossen et H. Braun [1]). Nous repoussons ce procédé comme nécessitant une opération incomparablement plus grave que le procédé précédent. Alors même que celui-ci mettrait moins à l'abri d'une récidive, il nous semble que la perspective d'une seconde incision par le procédé de Letiévant serait préférable à une seule résection ostéoplastique par celui de Lücke. Il faut reconnaître cependant que de très beaux résultats ont été fournis par cette méthode. Braun cite plusieurs cas opérés depuis *quatre ans*, dans lesquels la guérison s'est maintenue.

C'est aussi à cause de sa gravité relative et des inflammations de l'orbite auxquelles il expose, que nous écartons l'ingénieux procédé de Malgaigne, même modifié par Schuh, malgré les succès nombreux et durables qu'on lui doit [2].

Avec le procédé vulgarisé par Letiévant, tout au contraire, peu de dangers, et en même temps résultats très supérieurs à ceux de l'élongation.

Nous avons réuni (voir le tableau ci-contre) cinq cas publiés en France dans ces dernières années. Ici, pas un seul insuccès, et toujours guérison stable, constatée depuis le jour de l'opération jusqu'à maintenant. M. Tillaux, qui a revu récemment son opé-

[1] *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd IV, p. 322. Braun, *Centralblatt für Chirurgie*, 1878 p. 148, et 1882, p. 249. Czerny, *Archiv. f. Psychatrie*, Bd X, Heft 1.

[2] Carl Fieber a récemment obtenu par ce procédé la guérison, pendant deux ans, d'une névralgie cruelle. *Berlin. Klin. Woch.* n° 19, p. 269, 1878.

rée, après cinq ans, a constaté sa guérison persistante. M. Terrillon voit la guérison durer depuis deux ans (communication orale). M. Nicaise depuis plus d'un an. J'ai moi-même suivi depuis quinze mois la guérison complète d'une névralgie des plus cruelles datant de neuf ans, pour laquelle je n'ai pratiqué la névrotomie que chez une vieille dame que la douleur empêchait de dormir et de manger. Dans ces derniers temps, quelques douleurs très faibles se sont seulement montrées à intervalles éloignés, dans la zone du maxillaire inférieur. M. Schwartz a publié une observation au bout de cinq mois de guérison, et je tiens de lui que la guérison ne s'est pas démentie depuis, ce qui fait quatorze mois. Dans ces deux dernières opérations, le chirurgien s'est borné à exciser un centimètre et demi du nerf dans sa continuité, sans procéder ensuite à l'arrachement du tronc périphérique comme le recommande M. Tillaux.

Il suffit de rapprocher ces résultats de ceux de l'élongation pour montrer la supériorité de l'excision nerveuse dans le traitement de la névralgie sous-orbitaire.

En terminant ce rapport, et en vous priant d'excuser sa longueur excessive, nous croyons devoir résumer les points principaux qui ressortent de l'examen critique auquel nous nous sommes livré. Ils peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

1° L'arrachement de l'extrémité terminale d'une branche du trijumeau dans le traitement des névralgies faciales, qui, dans deux cas sur trois observations publiées, a été un simple accident opératoire de l'élongation, ne saurait prendre place à côté d'elle comme méthode distincte ;

2° Comme l'élongation, à laquelle il se rattache étroitement, il constitue un traitement de la névralgie sous-orbitaire inférieur à la névrectomie par la méthode actuellement adoptée en France et offre des dangers plus sérieux ;

Le travail de M. Blum, quelque différentes que soient des siennes les conclusions précédentes, n'en constitue pas moins un mémoire intéressant et une contribution originale à l'une des questions chirurgicales à l'ordre du jour. Nous vous proposons donc de le publier *in extenso*, et d'adresser des remerciements à son auteur en l'inscrivant dans un rang honorable sur la liste des candidats à la place de membre titulaire.

De l'arrachement du nerf sous-orbitaire,

par le Dr Blum.

Mon intention, en faisant cette communication, n'est pas de poser les indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale dans les névralgies de la face.

Le problème que j'ai cherché à résoudre est le suivant : étant donnée la nécessité, pour une névralgie du trijumeau, d'interrompre le courant nerveux dans le nerf sous-orbitaire entre le centre et la périphérie, quel est le meilleur procédé opératoire? Quel est celui qui est le plus innocent et le plus efficace?

Jusqu'à ce jour, les moyens employés étaient : la névrotomie, la névrectomie, l'élongation. J'y ajoute : l'arrachement.

Cette étude présente son importance, car la statistique démontre que les 4/5 des névralgies de la face ont leur point de départ ou leur siège principal dans le nerf sous-orbitaire.

La section du nerf à sa sortie du trou sous-orbitaire peut se faire par la méthode sous-cutanée ou à ciel ouvert. Cette opération est innocente en elle-même; mais elle fournit rarement des résultats satisfaisants, en vertu de cette loi qui veut que, lorsqu'un chirurgien fait une section de nerf pour une névralgie, il doit la rapprocher le plus possible du centre. Aussi a-t-on cherché à atteindre le nerf dans son canal. Pour ce faire, on pratique une incision au niveau du bord antérieur du plancher de l'orbite. A l'aide d'une sonde cannelée, on décolle le périoste qui recouvre le plancher orbitaire, et on récline en haut l'œil et les parties molles qui l'environnent. On brise avec le bistouri ou le bec d'une sonde cannelée la paroi supérieure du canal orbitaire, pour saisir ensuite avec un crochet et sectionner le nerf.

Les accidents qui peuvent survenir pendant l'opération sont :

1° La déchirure de l'artère sous-orbitaire, qui est assez volumineuse, et qui peut singulièrement gêner le chirurgien;

2° La perforation de la paroi inférieure du canal et l'ouverture du sinus maxillaire.

Secondairement on est exposé au phlegmon de l'orbite et à toutes ses conséquences.

Aussi, Malgaigne avait-il cherché le premier à faire cette section au moyen d'un procédé sous-cutané. Avec un ténotome solide il pénètre le long du plancher de l'orbite, dans la direction du nerf sous-orbitaire. A 2 centimètres de profondeur, il coupe en travers le plancher de l'orbite et le nerf lui-même.

Dans deux cas où ce procédé fut employé, il survint une fois une

blennorrhée de l'antre d'Highmore qui dura plusieurs semaines, pour se terminer par l'issue d'un séquestre formé par la paroi inférieure de l'orbite. Dans un autre cas, il y eut rétention du pus dans l'orbite et érysipèle grave (Wagner).

Langenbeck conseille de sectionner le nerf à son entrée dans le canal orbitaire. Il enfonce son ténotome sous le ligament palpébral externe, le long de la paroi externe de l'orbite, jusque dans la fissure orbitaire inférieure; le tranchant va en sciant jusqu'au processus orbitaire du maxillaire supérieur. Le nerf est ensuite mis à découvert dans la fosse canine, attiré au dehors et réséqué.

Cette manière de faire amène forcément la blessure de l'artère sous-orbitaire, avec épanchement de sang dans l'orbite. Elle expose même, chose plus grave et pouvant devenir mortelle, à la section de la maxillaire interne, si le bistouri est dirigé profondément vers la fosse ptérygoïde.

L'élongation de ce nerf n'a été faite à ma connaissance que trois ou quatre fois. Pour ce nerf spécialement, dont la destruction n'entraîne aucun trouble sérieux dans l'économie, on ne voit pas quel avantage il y a à tenter une opération comme l'élongation dont on ne connaît pas encore le mode d'action. Suppression et destruction du nerf le plus près possible de sa pénétration dans le canal sous-orbitaire, et cela sans faire courir au malade aucune chance de complication opératoire, tel est le résultat que je pense qu'on peut obtenir par l'arrachement du nerf.

Les expériences faites sur le cadavre m'ont démontré que lorsqu'on mettait à nu le nerf sous-orbitaire au niveau de sa sortie du canal, lorsqu'on avait soin de bien l'isoler des parties voisines et de le détacher avec le doigt des adhérences qui le fixent à l'orifice extérieur, on pouvait, par des manœuvres lentes et progressives, arriver à l'arracher de façon à ce que la solution de continuité se fît à une distance du rebord osseux de 10 à 30 millimètres.

Je me hâte de dire que ces expériences sont loin d'être concluantes, car elles ont été faites sur des sujets injectés à Clamart, et naturellement plus ou moins longtemps après la mort. Aussi n'est-ce pas sans émotion que je pratiquai l'arrachement pour la première fois dans les conditions suivantes :

Une femme K...,âgée de 68 ans, de bonne santé, vit survenir, il y a quinze ans, sans cause connue, une névralgie occupant tout le côté gauche de la face. Au début, les crises ne survenaient qu'au printemps et en automne; mais dans ces dernières années elles ne laissaient aucun repos à la malade. Les douleurs occupent le côté gauche de la face. Elle sont sourdes, profondes, continues, et deviennent plus intenses lorsque la malade fait mouvoir les joues. Outre cette douleur continue, il survient dans le courant de la

journée soit spontanément, soit sous l'influence d'un mouvement (mastication, éternuement) des crises ou accès très violents, et parfois tellement nombreux qu'ils se succèdent sans interruption et ne laissent aucun repos à la malade.

La malade rapporte le centre de cette douleur à la région malaire; de là elle s'irradie vers le nez, l'œil, le menton, la tempe ou le front, sans présenter aucune régularité dans ces diverses irradiations. Ces douleurs sont accrues par le plus léger contact, et donnent lieu aux convulsions les plus bizarres et les plus variées des muscles de la face.

Pendant ces crises on note du côté malade une sécrétion plus abondante de larmes, de salive, de mucus nasal. A ce moment également, l'œil gauche perd de son acuité visuelle.

La durée des crises varie entre une et quinze minutes. La sensibilité du côté gauche de la face ne semble atteinte dans aucun de ses modes. Il faut dire toutefois que cette exploration est rendue difficile, car un contact léger amène presque toujours une crise douloureuse. Une pression plus forte fait reconnaître l'existence d'un point douloureux principal au niveau de la sortie du sous-orbitaire et d'autres points accessoires, sus-orbitaire, nasal, labial, palatin.

Le côté droit est un peu hyperesthésié, mais il n'existe pas de point douloureux nettement circonscrit.

La malade a épuisé tous les traitements internes habituellement employés, et a refusé de se soumettre à de nouveaux essais. Elle s'est successivement, mais en vain, fait arracher *toutes* les dents de la mâchoire supérieure.

Le 15 octobre dernier, après avoir chloroformé la malade, je pratique à un travers de doigt au-dessous du rebord orbitaire, et parallèlement à lui, une incision de deux centimètres environ. Le nerf est chargé sur une sonde cannelée, et après l'avoir alternativement attiré dans divers sens pour le dégager de ses adhérences, je le tirai violemment en dehors pour le briser. La rupture a lieu à différents niveaux, car en sectionnant le nerf au niveau de sa pénétration dans les parties molles, je trouvai une partie du nerf, mesurant 20 millimètres, et d'autres faisceaux ayant 26 millimètres de longueur. Le nerf ne présentait aucune altération visible ni à l'œil nu ni au microscope. L'artère sous-orbitaire volumineuse donna un écoulement sanguin assez abondant et qui dut être arrêté par une ligature.

Aussitôt après son réveil, la malade annonce la disparition des douleurs qui depuis cette époque n'ont plus reparu.

Les suites de l'opération furent des plus bénignes, et la malade quitte l'hôpital ayant seulement au niveau de la partie moyenne

de la lèvre supérieure une zone anesthésique de la dimension d'une pièce de 50 centimes.

L'arrachement du nerf sous-orbitaire présente sur la névrotomie les avantages suivants :

1° Le procédé est simple et facile à exécuter. Le nerf à sa sortie du canal est facilement mis à nu et séparé de l'artère.

2° Par l'arrachement on peut détruire une grande partie du nerf contenu dans le canal sous-orbitaire, sans s'exposer aux complications qui ont été signalées pour la névrectomie (hémorrhagie profonde, suppuration de l'antre d'Highmore, nécrose de la paroi orbitaire inférieure, phlegmon de l'orbite, etc.).

Lecture.

M. Guermonprez lit un travail intitulé : *Lésions tardives après un cas de traumatisme du rachis.* Luxation spontanée de la rotule en dehors.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Marchand, Nepveu et Chauvel, rapporteur.

La Société se forme en comité secret à 5 h. 15 m.

Le Secrétaire,

NICAISE.

Séance du 6 décembre 1882.

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Archives générales de médecine. — Lyon médical. — Journal de médecine de Paris. — Revue médicale. — Alger médical. — Gazette médicale de Strasbourg.*

3° *British medical.*

4° Deux brochures de M. J.-L. Reverdin, de Genève, membre correspondant, intitulées :

a, *Trois cas de hernies ombilicales.*

b, *Désarticulation coxo-fémorale.*

5° M. Le Fort présente, de la part de M. Follet, de Lille, une note sur une *modification du procédé de M. Le Fort sur l'amputation ostéo-plastique* (rapporteur, M. Le Fort).

6° M. Verneuil dépose sur le bureau une observation de M. Léger, d'Amiens, intitulée : *Ostéo-sarcome du fémur. — Désarticulation de la hanche. — Guérison* (rapporteur, M. Verneuil).

7° M. Terrier dépose, de la part de M. Villeneuve, chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille, *deux observations de tumeur fibreuse de la matrice* (rapporteur, M. Terrier).

8° *Traité des opérations usuelles*, par le Dr Louis Thomas, de Tours, membre correspondant de la Société.

Rapport

Sur une observation d'anévrisme artério-veineux devenu purement artériel, par le Dr Henri Gripat, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Angers,

par M. Polaillon.

Le nommé X..., cultivateur, âgé de 56 ans, est envoyé par M. le Dr Prion, de Quincé-Brissac, à M. le Dr Dezanne,au pour une tumeur anévrismale volumineuse du bras gauche.

A l'âge de 11 ans, c'est-à-dire il y a 45 ans, il se fit accidentellement avec un canif une plaie profonde à la partie inférieure et interne du bras. L'hémorragie artérielle fut contenue d'abord par le blessé lui-même, au moyen d'une compression directe; puis un pansement méthodique amena la guérison de la plaie.

Mais bientôt une petite tumeur anévrismale se produisit, du volume d'une petite noix ; elle persista dans les mêmes conditions pendant une durée de 42 ans, sans gêner, même dans les travaux champêtres.

Il y a 3 ans, un caillot embolique se détacha et détermina la perte, par gangrène, d'une phalange et demie de l'index, d'une demi-phalange du médius et d'une phalange de l'annulaire. La tumeur se mit en même temps à augmenter notablement de volume ; puis, récemment, elle prit un brusque accroissement qui nécessita l'intervention chirurgicale.

Lors de mon examen avec M. le Dr Dezanneau, le membre est considérable, présentant une énorme tumeur en forme de besace dont la partie inférieure se délimite nettement au pli du coude, et qui n'a pas

de limite supérieure précise. Le bras est, en effet tendu à pleine peau jusqu'au-dessus de l'épaule, œdémateux, empâté, douloureux, rouge sur les côtés et en arrière, noir en avant, menacé en ce point, sur une largeur de presque une main, de rupture ou de gangrène. L'avant-bras est très œdémateux également.

Des battements expansifs nets existent dans toute l'étendue du bras, avec un fort thrill et un souffle tellement intense qu'il est perçu à l'auscultation directe, à l'auscultation à distance, par le malade lui-même et par sa femme qui ne peut dormir dans le même lit. Le pouls est insensible au poignet. L'artère sous-clavière présente au contraire des battements énormes à l'œil et au doigt. Elle paraît grosse comme une aorte normale; le système artériel et cardiaque est tout entier athéromateux au plus haut degré.

Évidemment il existe une poche anévrismale qui s'est rompue, et l'anévrisme faux consécutif a disséqué les muscles du bras, aminci les aponévroses et la peau, menaçant de les perforer et d'amener par suite des accidents d'hémorrhagie foudroyante. Le malade est épuisé par la fièvre et les douleurs, anémié ; il y a urgence d'opérer.

Aucune opération ne serait possible en dehors de l'amputation du bras qui est pratiquée le 14 avril 1882 par M. Dezanneau.

La bande d'Esmarch ne peut être appliquée sur la tumeur, mais l'hémostase est pratiquée au moyen du caoutchouc cylindrique passant juste au-dessus de l'acromion et dans le creux de l'aisselle.

L'amputation est faite avec une manchette ; l'os est coupé au ras des tubérosités de l'humérus; l'artère axillaire très volumineuse et athéromateuse, est liée sans dénudation préalable, au moyen d'un double fil ciré volumineux posé en cordon plat. Deux ou trois artérioles seulement sont liées pendant l'opération.

Le pansement antiseptique est appliqué; les suites de l'amputation sont régulières et le malade guérit rapidement.

Examen du bras. — M. le Dr Dezanneau a bien voulu me confier l'examen de la pièce qui présente des particularités intéressantes.

La tumeur n'a pas de limites supérieures. La majeure partie de la poche est constituée par le biceps dont les fibres dissociées forment la paroi, soutenues faiblement par l'aponévrose d'enveloppe, si faiblement que la dissection est impossible en nombre de points sans déchirure de la poche fragile, et que le sang s'est même épanché entre les muscles de la région antérieure du bras, sans franchir toutefois les cloisons adhérentes à l'os, et sans passer par conséquent dans la région postérieure.

En bas, la poche est plus consistante, renforcée qu'elle est par le tendon du biceps. C'est de ce côté qu'est la communication de cette poche d'anévrisme diffus avec l'anévrisme circonscrit primitif.

La poche anévrismale primitive fait sur le côté interne et postérieur du biceps une saillie comme celle d'un œuf de poule ; elle est athéromateuse, dure, formée d'une seule plaque très consistante. L'artère humérale aplatie mesure 13 millimètres de largeur au-dessus de la poche où elle est très athéromateuse, et seulement 8 millimètres au-dessous,

où elle est souple au contraire; le sac siège à quelques millimètres au-dessus de la bifurcation de l'humérale.

La dissection amène ici une surprise : la veine humérale, collée sur le côté du sac anévrismal, en arrière et le long de l'artère, est oblitérée jusqu'à la partie supérieure du bras par des tractus fins, aplatie, mince de parois, d'un diamètre variant irrégulièrement entre 4 et 8 millimètres. Cette veine a communiqué avec le sac anévrismal et son oblitération s'est faite plus tard. Son abouchement dans le sac est à côté de celui de l'artère, à la limite supérieure du sac primitif. De même, au-dessous du sac, elle est oblitérée et voisine de l'artère.

Le sac est plein à la fois de caillots fibrineux et de caillots cruoriques, ces derniers, occupant la partie supérieure du sac, au niveau de la rupture, et les caillots fibrineux situés à la partie inférieure, dans le vieux sac.

Les muscles du bras et de l'avant-bras sont œdémateux et hypertrophiés, le tissu conjonctif œdématié, les lymphatiques volumineux avec gros ganglions multiples le long de la gaine des vaisseaux.

En résumé, un anévrysme artério-veineux du bras se forme à la suite d'une blessure par instrument tranchant. Cet anévrisme reste stationnaire un grand nombre d'années, puis la veine s'étant oblitérée, il se transforme en anévrisme artériel. Enfin le sac se rompt et un anévrisme diffus se produit.

M. Gripat fait remarquer avec raison que le point intéressant de son observation est la transformation de l'anévrisme artério-veineux en anévrisme artériel. Mais quelles sont les causes probables de cette évolution pathologique ?

M. Gripat la fait coïncider avec la gangrène des doigts et l'augmentation de volume du sac.

La mortification des doigts est évidemment le résultat de la formation de caillots dans le sac devenu athéromateux, caillots dont quelques-uns se sont détachés de manière à former des embolies qui sont allées oblitérer les artères situées au-dessous du sac.

En même temps, la formation de ces caillots dans le sac a rendu la communication artério-veineuse d'abord difficile et ensuite impossible, d'où l'augmentation de volume du sac. On sait, en effet, qu'un anévrisme artério-veineux reste généralement stationnaire tant que l'orifice de communication entre l'artère et la veine ne se modifie pas, et qu'il augmente de volume si cet orifice de communication se rétrécit par une cause quelconque.

M. Gripat s'est ensuite demandé comment l'oblitération artério-veineuse a pu se faire, et à cet égard il a émis deux hypothèses. Dans l'une, le sang circulant moins librement dans le sac après l'oblitération par embolie de l'artère efférente, de nouveaux caillots se seraient formés et seraient venus oblitérer l'orifice veineux;

de là une thrombose de la veine humérale avec phlébite oblitérante consécutive. Dans l'autre hypothèse, l'oblitération de la veine aurait été contemporaine de celle de l'artère et se serait produite par des caillots lancés en même temps dans la veine et dans l'artère :

Il est difficile de prendre parti pour l'une ou l'autre de ces hypothèses. Mais quel qu'ait été le mécanisme de l'oblitération artério-veineuse constatée à l'autopsie, ce fait ne nous fournit pas moins un exemple de guérison spontanée d'un anévrisme artério-veineux.

Ce que la nature a réalisé dans ce cas a déjà été observé. M. Gripat rappelle que Nélaton a le mérite d'avoir signalé le premier cette oblitération spontanée, et l'on trouve dans les thèses de Morvan (*de l'Anévrisme variqueux*, Paris 1847 n° 41) et d'Henry (*Considérations sur l'anévrisme artério-veineux*, Paris, 1856, n° 70) les faits les plus probants à cet égard. Depuis que Nélaton a montré qu'il était possible de guérir un anévrisme artério-veineux en le transformant en anévrisme artériel, les chirurgiens se sont efforcés d'oblitérer la communication veineuse en modifiant la circulation du sac par la compression de l'orifice de communication. En 1864, M. Vanzetti a communiqué à la Société (*Bull. de la Soc. de chirurgie, vol.* V, p. 477) la guérison de deux anévrisme artério-veineux du pli du coude par un procédé de compression digitale, exercée simultanément sur la veine au niveau de l'orifice de communication, et sur l'artère à une certaine distance au-dessus du sac.

Mais ce serait une erreur de croire qu'il est toujours facile d'oblitérer l'orifice de communication entre l'artère et la veine. J'ai complètement échoué dans le cas suivant, qu'il n'est pas inutile de rappeler ici.

Il s'agit d'un garçon, de 24 ans, Eugène G..., que j'ai observé, dans mon service de la Pitié, du 27 octobre au 1er décembre 1880. A la suite d'une plaie de l'aisselle gauche par une balle de revolver il vit survenir dans cette région, une petite tumeur qui présentait tous les signes d'un anévrisme artério-veineux : pulsations, frémissement cataire, bruit de souffle continu avec renforcement au moment de la diastole artérielle.

Les veines sous-cutanées du membre supérieur n'étaient pas dilatées, ce qui m'avait fait supposer que la communication n'existait pas avec la grosse veine axillaire mais avec une petite veine profonde. Le malade accusait dans le bras une sensation de lourdeur et une diminution de la force musculaire. Je fis de la compression digitale au niveau de l'orifice présumé de la communication artério-veineuse et de la compression mécanique au-dessus du sac. Celle-ci fut continuée pendant plusieurs jours. Je n'obtins

aucun résultat. J'eus alors recours à l'électro-puncture, et mon ami, le Dr Dujardin-Beaumetz, voulut bien me prêter son appareil et m'assister dans l'opération. Nous fîmes *quatre séances* à plusieurs jours de distance. Nous enfoncions l'aiguille dans le sac lui-même, pendant, que nous comprimions l'artère au-dessus du sac de manière à produire des caillots capables d'oblitérer la communication avec la veine. Nous avons obtenu une diminution momentanée du bruit de souffle, du frémissement et des battements; mais ces phénomènes redevenaient les jours suivants tels qu'ils étaient avant l'électro-puncture. Nous avons recommencé *quatre fois* la même opération, avec le même insuccès. Bref, comme le malade ne souffrait pas et ne ressentait que de la gêne et de la faiblesse dans son bras, je n'ai pas cru devoir pousser plus loin les tentatives opératoires. Je lui ai conseillé de revenir me trouver si son anévrisme venait à lui causer de la douleur et des accidents. J'ai lieu de croire que son état n'est pas devenu pire, car je ne l'ai pas revu.

La situation de cet anévrisme au milieu du faisceau vasculo-nerveux de l'aisselle, l'impossibilité de préciser le point où existait la communication artério-veineuse, la difficulté de comprimer exactement l'artère au-dessus du sac, étaient des conditions extrêmement défavorables, qui ont fait échouer nos tentatives de guérison. Or, ces conditions défavorables, ou au moins l'une d'entre elles, peuvent se rencontrer dans certains anévrismes artério-veineux et apporter un obstacle invincible à l'oblitération de la communication qui existe entre l'artère et la veine.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser des remerciements à M. Gripat pour sa très intéressante observation et de la publier dans nos Bulletins.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

De la suture médiate,

par le Dr Decès, chirurgien en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu de Reims membre correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie.

Dans la séance du 8 mars dernier, M. le professeur Verneuil a signalé à l'attention de ses collègues les difficultés qu'offre la

cure des petites fistules recto-vulvaires qui, dit-il, « aisément « abordables, très faciles à opérer, sont extrêmement difficiles à « guérir. » Puis, il ajoute : « Les échecs multipliés ont poussé les « chirurgiens à modifier sans cesse leur manière d'opérer, mais « ces changements n'ont pas eu grand résultat, parce que les causes « des insuccès ne sont pas suffisamment connues. »(*Bullet. et mém. de la Société de chir.* — Séance du 8 mars 1882.)

M. Verneuil finit par dire, avec la probité du vrai savant : « Dix « fois j'ai cousu après avivement : dix fois j'ai échoué » (p. 180); « et il ajoute : « J'ai mis en usage le galvano-cautère, le thermo- « cautère, les caustiques variés sans avoir pu obtenir une seule « guérison. » C'est alors qu'il s'est décidé à porter ce problème devant la Société, en disant : « Si vous avez été plus heureux que « moi, si vous opérez autrement, si vous êtes en possession d'une « manière de faire, sinon infaillible du moins généralement effi- « cace, vous la ferez connaître et le débat sera clos. » (*Ibid.*, p. 177.)

J'ai été ému par cet appel et je crois de mon devoir de communiquer à la savante Société une méthode de réunion qui, par des procédés divers, me paraît susceptible de combler ce *desideratum* de la chirurgie, je veux parler de la *suture médiate.*

En 1840 déjà j'ai communiqué plusieurs faits sur ce mode de suture, à l'Académie de médecine, et M. Velpeau, qui voulut bien faire un rapport sur eux, disait, en parlant de cette suture, qu'il s'agissait « d'une intervention nouvelle et qui renferme peut- « être quelque chose d'utile pour la thérapeutique. »

La suture médiate a recourt, à tous les procédés de réunion immédiate connus, mais elle s'en distingue essentiellement, en ce qu'elle constitue une *véritable méthode. Elle a, en effet, pour but principal de rapprocher les surfaces avivées et d'en produire la réunion immédiate, mais en les tenant à l'abri de tout contact avec les corps étrangers, avec les gaz stercoraux, les matières fécales les urines, l'air* (*fistule du larynx*), etc.; c'est *ce but qu'elle a atteint dans mes mains qui la caractérise et la distingue essentiellement de tous les procédés connus*, puisqu'aucun jusqu'ici, à ma connaissance, n'a encore pu l'atteindre.

Il s'agit d'une *suture*, puisque le moyen que je propose opère le rapprochement des lèvres avivées jusqu'à leur réunion par première intention; je lui ai donné le nom de *médiate*, parce qu'elle opère cette réunion en agisssant en dehors des lèvres et en les maintenant adossées jusqu'à leur complète agglutination; enfin, je la considère comme une *méthode*, parce qu'elle satisfait à des indications générales et spéciales à l'aide de plusieurs *procédés* distincts.

Ses procédés sont, en effet, divers et variés : 1° S'agit-il d'une

plaie simple, par exemple? un *fil ciré* y suffit : il est passé et noué en dehors des lèvres après en avoir opéré le rapprochement; 2° S'agit-il de fistules simples? des *épingles* ou des *aiguilles* de formes diverses sont introduites en dehors des lèvres, puis rapprochés l'une de l'autre, par des fils qui assurent leur contact jusqu'à parfaite réunion; 3° S'agit-il de résection des os, celle du coude ou du genou dans lesquelles je l'ai employée? j'ai eu recours en pareil cas à des anses de *fil métallique* passées dans chaque fragment, puis rapprochées et tordues en dehors des parties réséquées, de manière à assurer l'immobilité de la solution jusqu'à sa complète adhésion; 4° S'agit-il de fistules urinaires, de fistules stercorales, d'anus contre nature, etc? je leur oppose des *ténaculums* de formes diverses appliqués sur la base des lèvres avivées, de manière à rapprocher celles-ci de dehors en dedans et à les comprimer l'une contre l'autre à un degré suffisant pour prévenir l'issue des gaz ou des substances nocives à travers elles, jusqu'à leur réunion immédiate qui, dans ce cas notamment, s'obtient rapidement et sans inflammation; 5° Je n'insiste pas sur plusieurs *autres procédés* qui dérivent tous de la même indication générale, [et que par cela même il est inutile d'énumérer.

J'emploie cette suture depuis 1838. Je l'ai utilisée contre l'anus contre nature, l'hyposadias, les fistules urétrales, recto-vaginales, etc., soit, comme je viens de le dire, à l'aide d'épingles ou d'anses de fil passées sous la peau saine voisine, mais en dehors des lèvres où doit s'opérer la réunion immédiate; soit à l'aide de ténaculums variés qui serrent les parties profondes des lèvres pour isoler la cicatrisation au contact des urines, des gaz ou des fèces, tandis qu'elle s'effectue dans les lèvres qu'elle maintient bien affrontées jusqu'à leur réunion.

Ainsi, dans une plaie simple, je passe deux épingles sous la peau à une distance de 5 à 6 millimètres des lèvres et dans une direction parallèle à celles-ci, puis je les rapproche l'une de l'autre en passant un fil ciré sous la tête et la pointe de chaque épingle qui alors forme deux anses qu'il suffit de serrer pour les mettre en contact; une fois leur affrontement obtenu, je les croise sur la plaie et finis par en lier les deux extrémités; ou bien, j'emploie deux anses de fil ciré passées sous la peau dans les mêmes conditions que les épingles, c'est-à-dire parallèlement à leurs lèvres, je ramène ensuite l'une vers l'autre avant de les lier. Enfin, dans l'hypospadias, la fistule stercorale, etc., je rapproche ces lèvres et les maintiens affrontées à l'aide d'un tenaculum simple, double ou composé, qui présente deux tiges d'acier parallèles, soudées à angle droit sur un anneau brisé dont un pas-de-vis fixe et opère le rapprochement au degré utile; j'ajoute que dans

l'hypospadias, ce rapprochement est effectué en dehors d'une sonde introduite dans la vessie, tandis que dans l'anus contre nature, il n'est réalisé qu'après le rétablissement du cours régulier des selles.

Dans ces cas, la réunion des lèvres de la plaie peut s'effectuer comme dans les plaies simples, puisque celles-ci sont tenues complètement à l'abri du contact des urines, des gaz et des matières stercorales. La compression du tenaculum, en s'opposant à l'afflux du sang, diminue notablement l'inflammation, circonstance qui procure constamment une cicatrice blanche, souple et mobile.

J'ajoute maintenant que je ne considère pas la *suture médiate*, comme un mode de réunion infaillible. Elle a échoué plusieurs fois dans mes mains. Mais j'ajoute en même temps, que ces échecs ont été le plus souvent occasionnés, soit par la confection imparfaite des instruments, soit par l'indocilité des malades et surtout des enfants, qui tentent souvent d'enlever ou de déplacer l'instrument qui les gêne. Cependant, son application est peu douloureuse, et, sauf deux ou trois cas de mortification très superficielle de la peau comprimée, sans suites fâcheuses, elle est facilement supportée par les malades.

Discussion sur le traitement des névralgies sous-orbitaires.

M. Berger. J'ai fait, sur le cadavre, plusieurs expériences sur l'arrachement des branches du trijumeau.

En tirant sur le nerf sous-orbitaire, l'arrachement se faisait à un centimètre environ au delà du point où était exercée la traction; celle-ci, avant de déterminer la rupture, avait probablement élongé le bout postérieur du nerf. J'ai obtenu le même résultat en tirant sur le nerf, soit à son point d'émergence, soit au niveau du plancher de l'orbite; jamais je n'ai pu arracher la totalité du tronc nerveux.

En répétant ces expériences sur le nerf frontal interne et sur le nerf frontal externe, j'ai constaté les mêmes effets. A propos des indications générales de l'opération, je dirai que dans certains cas, on a peut-être agi avant d'avoir épuisé tous les autres modes de traitement, et en particulier de l'électrisation faite avec soin.

J'ai vu une névralgie trifaciale très violente, datant de 10 ans, guérie en trois mois par les courants continus.

Ce traitement doit être essayé, mais il est nécessaire de le continuer assez longtemps; on préférera les courants continus; la faradisation a donné aussi de bons résultats.

M. Monod. M. Pozzi a rappelé que dans une opération d'élon-

gation du nerf frontal, celui-ci avait été arraché, commo dans les expériences de M. Berger, il n'est venu qu'une petite étendue du nerf.

J'ai fait une seconde opération d'élongation du frontal à l'hospice des Ménagos, mais sans arracher le nerf. — Il est à signaler que chez ma première malade, la névralgie est revenue, tandis que, la seconde a guéri.

M. Pozzi. Les expériences de M. Berger sont confirmatives de celles de Trombetta, qui a montré qu'une forco faible suffisait pour arracher le nerf; do plus, la portion arrachée est de petite étendue et ne porte que sur la partie terminale. D'un autre côté, l'élongation n'agit pas sur toutes les branches du nerf, aussi la névrectomie lui est-elle préférable, d'autant plus que souvent dans la névralgie, il y a une sorte d'aura qui part d'une des branches terminales; celle-ci se trouvant comprise dans la résection, la guérison survient. Quant à l'opération, elle est facile et n'est pas suivie d'accidents.

Il ne faut pas réunir ensemble les divers procédés de résection employés contre la névralgie du sous-orbitaire : les uns, dont j'ai parlé dans mon rapport, constituent des opérations importantes, le procédé de Letiévant, au contraire, est simple, et ne présente pas plus de danger qu'une plaie ordinaire.

M. Marchand. J'ai fait l'excision du nerf sous-orbitaire pour une névralgie rebelle, diffuse ; le malade avait déjà subi, dit-il, l'excision des nerfs sous-occipitaux, au niveau desquels on voyait en effet une cicatrice; mais il n'y avait pas d'anesthésie, de sorte que l'on peut douter de la réalité de cette excision. Tous les traitements ordinaires avaient été employés; j'ai suivi le procédé classique et fait une excision de 1 centimètre, la plaie se cicatrisa régulièrement et je constatai de l'anesthésie sur le territoire des branches enlevées, néanmoins la névralgie ne disparut pas.

M. Tillaux. On ne peut établir de parallèle entre le procédé francais et celui de Carnochan, par exemple. Par la voie orbitaire on ne peut aller loin, on ne peut atteindre le ganglion de Meckel dans la fosse ptérygo-maxillaire, on sectionne seulement l'extrémité du nerf. Si la névralgie est plus profonde, ce procédé est insuffisant, il faut alors avoir recours à l'opération de Carnochan et sectionner le nerf au niveau de la fosse ptérygo-maxillaire. Dans ces conditions, une opération faite par la voie orbitaire serait inutile, car elle n'atteint pas les rameaux postérieurs, les nerfs dentaires postérieurs.

M. Verneuil. M. Berger a fait une remarque judicieuse en insis-

tant sur la nécessité d'épuiser d'abord toute la thérapeutique. Les opérations, en effet, risquent souvent de n'avoir aucun résultat.

Sur un malade, j'ai été amené à faire successivement la section, la résection d'un nerf, l'amputation, il y avait chaque fois une amélioration passagère, mais la névralgie revint toujours.

Ce n'est donc pas tant le procédé opératoire, section, résection, élongation qu'il faut discuter, que les indications de l'opération; il faut faire porter ses recherches sur la cause et le siège de la névralgie.

Si l'on consulte les observations, on remarque que chaque procédé a donné des succès et des insuccès; mais il faut attendre, avant d'affirmer que l'on guérit la névralgie par interruption des nerfs. Aux membres, on résèque 6 centimètres du nerf et la névralgie persiste; chez un malade vu avec M. Brown-Séquard, j'ai réséqué 6 centimètres du radial; les douleurs étaient plus vives le soir.

Si l'on a affaire à une névrite interstitielle, on fait alors l'ablation de tout le nerf malade; mais pour les autres cas, il faut, je le repète, porter ses recherches ailleurs que sur les procédés opératoires.

A propos de l'arrachement, je dirai seulement qu'il est non seulement infidèle, mais dangereux, il peut amener une myélite mortelle, comme cela résulte des expériences de Brown-Séquard; l'arrachement du facial amène des lésions graves chez les animaux.

M. Marchand. J'avais examiné mon malade avec soin et les branches terminales du sous-orbitaire paraissaient seules malades.

M. Nicaise. A propos du siège de la névralgie, je citerai le fait d'un homme de 27 ans, auquel je fis l'année dernière l'amputation de la cuisse pour une tumeur blanche du genou, j'avais eu soin de réséquer, comme le conseille M. Verneuil, une longue portion du sciatique dans le moignon. La plaie se réunit par première intention, mais dix jours après l'opération, le malade ressentit des douleurs très vives dans le membre amputé, dans le pied, les orteils. Quelques années auparavant, il avait eu de ce côté une névralgie sciatique rebelle. Celle-ci fut réveillée par l'opération, sans que, ni le moignon, ni le trajet du nerf fussent douloureux à la pression; le malade avait des sensations douloureuses subjectives très vives. La névralgie dans ce cas, doit être considérée comme étant d'origine centrale et telle serait pour M. Vulpian l'origine de la plupart des névralgies.

Chez mon malade, j'essayai divers traitements : sulfate de quinine, morphine, hyoscyamine, vésicatoire, pointes de feu sur la colonne vertébrale, mais sans résultat; seul le bromure de

potassium à haute dose fit disparaître la névralgie pour quelque temps.

Avant d'appliquer un traitement chirurgical aux névralgies, il faut non seulement employer les traitements dirigés contre la douleur, mais s'enquérir aussi de la nature de la névralgie, qui est souvent sous la dépendance d'un état constitutionnel, de l'arthritisme particulièrement, ce qui constitue des indications thérapeutiques particulières.

Il est une variété de *névralgie*, rare heureusement, qui s'observe *chez les épileptiques*, et dont l'opération présente les plus grands dangers. Je dois la communication d'un fait de ce genre à M. le docteur L. Gignoux (de Lyon).

Un homme de 42 ans environ, ayant toutes les apparences de la santé, souffrait depuis des années sur tout le trajet du *nerf dentaire inférieur* droit, avec un point plus sensible correspondant à la deuxième molaire, qui fut arrachée sans succès. — Ce malade a consulté un grand nombre de médecins, tous ont diagnostiqué névralgie et prescrit les traitements ordinaires sans résultat. La douleur allait toujours en augmentant, les mouvements do la mâchoire s'aggravaient, l'action de manger était un supplice, la prononciation d'un mot ramenait des douleurs atroces.

Dans cet état, le malade fut envoyé à Paris, M. Bouchard l'examina longuement et arriva au diagnostic *épilepsie*, se basant sur los deux faits suivant : Quelques années auparavant, M. X..., se trouvant à la chasse dans un pays montagneux et très sain, fut pris tout à coup d'un état comateux qui dura quelques heures ; M. le docteur Gignoux père lui donna du sulfate de quinine à haute dose et, comme M. X... se rétablit assez vite et n'eut pas d'autre accident, on diagnostiqua accès paludéen pernicieux.

Le second antécédent qui impressionna M. Bouchard, fut le suivant : M. le professeur Tessier avait mis à M. X... une mouche près de l'oreille, il la pansait un jour dans son cabinet avec un centigramme de chlorhydrate de morphine, le malade tomba foudroyé, puis revint à lui au bout d'un moment ; on supposa que c'était un cas de sensibilité extrême et d'intolérance de la morphine.

Le diagnostic épilepsie fut confirmé par MM. Vulpian et Charcot, tous repoussèrent l'intervention chirurgicale. M. Brown-Sequard pensa, au contraire, que cette névralgie pourrait être guérie par quelques séances de cautérisation ponctuée sur la joue.

Le malade fut désespéré et harcela les médecins et les chirurgiens pour qu'on lui fit une opération. Enfin, après avoir d'abord refusé, M. Delore consentit, après avoir pris l'avis de M. Teissier, qui céda aussi aux supplications du malade. — M. Delore réséqua une portion du nerf dentaire inférieur en dedans du maxillaire, à son

entrée dans le canal. La journée se passa assez bien, mais, au commencement de la nuit, le malade éprouva une certaine angoisse qui ne se traduisait par aucun phénomène objectif; il fit mander M. Delore, disant qu'il allait mourir; le pouls, la respiration, ne présentaient rien de particulier. M. X... mourut subitement quelques instants après le départ de M. Delore.

Cette observation montre le danger d'une opération de ce genre dans un cas d'épilepsie que l'on peut dire larvée, elle montre aussi combien le diagnostic de ces cas est difficile ; en face d'un cas semblable, il faudrait donc s'abstenir de tout traitement opératoire.

M. Tillaux. Je rappellerai que l'opération de ma malade remonte à 5 ans, et que la guérison persiste.

M. Le Fort. Il faut se souvenir des illusions de sensibilité des amputés, qui rapportent la douleur à une portion du membre enlevé. Quand un malade accuse une douleur en un point, peut-être s'agit-il d'une douleur comparable aux douleurs subjectives des amputés, et alors on ne sait si on pourra la faire disparaître en séparant les points douloureux des centres nerveux par la section des nerfs. Si la névralgie est d'origine centrale, l'opération sera inutile.

On ne doit pas se presser d'opérer; s'il y a nécessité d'intervenir, on donnera la préférence à la résection.

Cependant, on peut penser que l'élongation, dont le mode d'action est encore ignoré, détermine un certain travail modificateur vers les rameaux terminaux des nerfs et dans les centres nerveux; aussi agirait-elle plus sur les centres que la résection. Je serais donc tenté de commencer par l'élongation, qui, plus étudiée, donnera peut-être de meilleurs résultats.

M. Pozzi. Il est bien vrai qu'il y a des cas d'insuccès dans les opérations de section et de résection du nerf sous-orbitaire, mais il y a aussi des succès qui se sont maintenus pendant plusieurs années.

Dans certains cas, on a vu des névralgies guérir par une opération éloignée, une névralgie rebelle du sous-orbitaire a été guérie par l'amputation du col de l'utérus.

L'opération ne doit venir qu'après l'emploi de tous les autres moyens, mais, enfin, elle est indispensable dans nombre de cas; d'après les statistiques, la névrectomie du nerf sous-orbitaire doit être préférée; le nerf est trop ténu pour qu'on en puisse faire l'élongation ; de plus, la guérison est plus durable après la névrectomie qu'après l'élongation.

Dans le fait de M. Marchand, la névralgie était disséminée, peut-

être était-elle d'origine centrale; le chirurgien aurait pu être en défiance.

Quand la récidive survient après la névrectomie, les malades soulagés pendant un certain temps viennent réclamer une nouvelle opération. Dans ces cas, on a sectionné le nerf plus loin, en avant de la fente sphéno-maxillaire. Mais quelquefois la récidive ne se montre pas dans la même branche que celle qu'elle occupait en premier lieu.

M. Desprès. Jamais je n'ai constaté l'indication de la névrotomie; c'est une opération inutile; dans deux cas de névralgie rebelle, j'ai soulagé l'un par un masque de collodion et l'autre par des pointes de feu.

La récidive peut se faire dans d'autres nerfs que celui qui était primitivement atteint.

M. Tillaux. La névrotomie n'est pas une opération dangereuse qui compromette la vie; mais ses indications sont difficiles à poser. Si la névralgie n'est pas limitée, si elle est mobile, on doit s'abstenir d'opérer; mais si pendant longtemps elle occupe un siège bien déterminé, amène des douleurs intolérables, comme chez ma malade opérée depuis cinq ans, il faut alors intervenir et réséquer le nerf sur le trajet duquel la névralgie persiste.

M. Labbé. Je m'élève contre ce qu'à dit M. Desprès, la névrotomie est une opération utile; j'ai réséqué le nerf sous-orbitaire, il y a trois ou quatre ans, à un malade qui avait des douleurs atroces, la guérison s'est maintenue.

M. Le Fort. L'utilité de la névrotomie est indiscutable ; ce n'est pas sur ce point que doit porter la discussion, mais bien sur les indications de l'opération et aussi sur son mode d'action. Comment la guérison survient-elle après cette opération, est-ce parce qu'on a réséqué une portion du nerf ou simplement parce qu'il y a eu opération agissant comme, par exemple, la cautérisation du lobule de l'oreille dans certains cas de névralgie sciatique?

Chez une femme âgée qui avait une névralgie de la langue, je proposai la résection du nerf lingual; survint le siège de Paris avec ses émotions, et la névralgie disparut; elle reparut ensuite.

M. Desprès. En rejetant la névrotomie, j'ai entendu parler de la névrotomie en général; elle est inutile. Il y a longtemps qu'elle a été jugée par Malgaigne; notre opinion est faite aussi, libre aux jeunes chirurgiens de recommencer l'expérience.

Dans les névralgies faciales rebelles, il y a presque toujours une dent malade, en l'arrachant on fait disparaître la névralgie.

M. Magitot. Il me semble que M. Desprès commet en ce moment une confusion en assimilant aux névralgies de la 5e partie, d'origine dentaire, les cas dans lesquels se trouvent indiquées l'élongation ou la névrectomie.

Ces derniers se distinguent cependant très nettement par leur forme, et cette forme même devient une indication favorable de l'opération. On connaît en effet la physionomie spéciale de cette névralgie des rameaux profonds ou cutanés du trijumeau, laquelle apparaît par crises aiguës, survenant au moindre mouvement, au moindre attouchement, à caractère intermittent et comme spasmodique, physionomie qui a valu à ces phénomènes le nom de *tic douloureux de la face.*

Les névralgies d'origine dentaire sont tout autres, et, parmi leurs signes caractéristiques, on remarque qu'elles s'exaspèrent ou s'atténuent suivant les influences accidentelles ou provoquées dont la bouche est le siège : impression de certains corps étrangers, de l'air extérieur, des températures extrêmes, de certains agents médicamenteux, etc., lesquelles sont sans effet sur le tic douloureux. Leur thérapeutique est d'ailleurs celle des lésions initiales de l'appareil dentaire, carie, pulpite, périostite, ou bien l'avulsion de l'organe affecté. Cette thérapeutique, est, ainsi qu'on l'a si souvent reconnu, absolument impuissante, et dans l'autre forme la nevrectomie peut se trouver ainsi indiquée.

M. Tillaux. M. Pozzi préfère la résection du nerf sous-orbitaire à l'élongation. J'ajouterai, à propos de l'arrachement, qu'après une remarque de M. Nicaise, sur les dangers auxquels cette opération pouvait exposer l'œil, j'ai signalé ici un cas de fonte de cet organe après l'arrachement du nerf sous-orbitaire dans une résection de l'os maxillaire supérienr.

M. Pozzi. Dans les cas ordinaires on pratiquera la nevrectomie d'après le procédé français ; si la névralgie est plus profonde, on aura recours aux procédés étrangers, dans lesquels on récline l'apophyse zygomatique, ce qui permet d'aller jusqu'au ganglion de Meckel.

Election

La Société de chirurgie procède à l'élection d'un membre titulaire.

Les candidats ont été classés par la Commission dans l'ordre suivant :

En première ligne *ex æquo* : MM. Blum et Richelot.

En deuxième ligne *ex æquo* : MM. Bouilly, Humbert et Reclus.

Sur 26 votants, M. Blum obtient 10 voix, M. Richelot 6, M. Reclus 6, M. Bouilly 3.

Au second tour, M. Richelot obtient 10 voix, M. Blum 8, M. Reclus 5.

Au troisième tour, M. Richelot obtient 16 voix, M. Blum 9.

En conséquence, M. Richelot ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre titulaire de la Société de chirurgie.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire,

NICAISE.

Séance du 13 décembre 1882.

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Lyon médical. — Montpellier médical. — Bulletin médical du Nord. — Revue médicale de l'Est. — Journal de thérapeutique. — Revue médicale de Toulouse. — Journal de médecine et de chirurgie. — Journal de médecine de Paris.*

3° *British medical. — The Practitioner. — Journal international des sciences médicales de Naples.*

4° Une lettre de remerciement de M. Richelot, nommé membre titulaire.

5° M. de Saint-Germain offre à la Société le premier fascicule de la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, rédigée par MM. Cadet de Gassicourt et de Saint-Germain.

6° M. Delore, de Lyon, membre correspondant, offre en son nom et en celui de M. Lutaud : un *Traité pratique de l'art des accouchements.*

7° M. Duplay offre le quatrième fascicule, du tome VI, du *Traité de pathologie externe* de Follin et Duplay.

8° M. Nicaise présente, au nom de M. Spencer-Wells, un *Traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*, traduit par le Dr Rodet.

M. le Président invite M. Richelot, nommé membre titulaire, à venir prendre place parmi ses collègues.

M. Delore, de Lyon, membre correspondant, assiste à la séance.

Rapport

Sur un travail du Dr José Cardoso, de Moura Brazil (de Rio-de-Janeiro), intitulé: *Mémoire sur le jequirity, traitement de la conjonctivite granuleuse, aiguë et chronique, par l'Abrus precatorius ou jequirity,*

par M. Terrier.

Depuis longtemps déjà, l'*abrus precatorius* (Linné), plante de la famille des légumineuses, serait utilisé avec succès dans certaines provinces du Brésil, pour combattre et guérir la conjonctivite granuleuse, affection fréquente, et qui explique l'assez grand nombre d'aveugles qu'on rencontre dans ces régions. Malheureusement, toujours d'après l'auteur du mémoire que nous analysons, il s'en faut que la médication par le jequirity soit innocente, et si les doses employées sont trop fortes, au lieu de guérir l'œil malade, on le perd complètement. En 1867, le Dr Castro y Silva publia un petit mémoire précisément pour signaler ce danger et il avoue de vrais désastres dans sa pratique, par suite de l'exagération des phénomènes inflammatoires produits par l'infusion du jequirity. Voyons tout d'abord, comment au Brésil, on emploie le jequirity ou plutôt les graines de l'*abrus precatorius*, d'après le Dr José Cardoso:

Ces graines sont jetées dans l'eau bouillante pendant quelques heures, ou dans l'eau froide pendant deux ou trois jours. Dès que la graine est ramollie, on en retire l'enveloppe (spermo-derma), et l'embyron, y compris les cotylédons probablement, est réduit en une poudre fine qu'on laisse macérer 24 heures exposée à la rosée de la nuit. On filtre ensuite.

Cette solution doit être mise au contact de la conjonctive, soit que le malade baigne ses yeux et les entr'ouvre légèrement de manière à laisser passer du liquide dans les culs-de-sac, soit qu'on l'instille par goutte, dans les yeux comme on le ferait d'un collyre.

Dans le premier cas, les yeux doivent être baignés trois fois par jour, dans le second cas, le liquide est instillé trois jours de suite.

Cette formule de préparation et d'emploi est, on le voit, assez vague, toutefois on peut ajouter que le Dr Castro y Silva utilisait 1 gramme de graines pour 100 d'eau. Quoi qu'il en soit, ce *modus faciendi* détermine des accidents inflammatoires intenses, une véritable ophtalmie purulente avec tuméfaction de la face et des ganglions du cou, qui peuvent suppurer.

C'est pour étudier de plus près et d'une façon plus scientifique l'action du jequirity, que le Dr José Cardoso et son ami M. Mello de Oliveira s'efforcèrent de déterminer le principe actif du jequirity ou Jequirity. Malheureusement, ces recherches sur lesquelles nous ne pouvons insister ici, se bornent presque toujours à la séparation de principes immédiats ou extractifs, dont un verdâtre produit de substitution, serait assez actif et a été utillisé à la dose de 20 centigrammes pour 10 grammes d'eau.

Appliquée sur la conjonctive d'un lapin, l'infusion des graines entières donna naissance, au bout de quelques heures, à une conjonctivite intense avec œdème conjonctival, puis, toujours sous l'influence de nouveaux attouchements, on observait une production de pseudo-membranes épaisses diphtéroïdes. La cornée s'opacifia, et se perfora malgré l'emploi des applications réfrigérantes (compresses glacées), des cautérisations (2 gr. d'azotate d'argent pour 100 d'eau) et des lotions anti-septiques boratées ou phéniquées. Il y eut même de la suppuration des ganglions sous-maxillaires. En utilisant l'infusion des graines séparées de leur enveloppe, de la gemmule et de la radicule, c'est-à-dire en n'employant que l'infusion des cotylédons, l'inflammation est moindre, mais encore trop intense. Diminuant peu à peu la dose des graines par rapport à l'eau employée, l'auteur est arrivé à préconiser l'infusion ou la macération des graines séparées de leurs téguments, de la radicule et de la gemmule à la dose de 50 centigrammes pour 10 grammes d'eau. Cette dernière formule s'éloigne considérablement de celle qu'a indiqué tout récemment M. de Wecker (1) sur les conseils d'un Brésilien, qui aurait vu guérir des granulations en utilisant le jequirity. Ici, on revient au *modus faciendi* primitif, en ce sens qu'on utilise une infusion de graines qui sert à baigner les yeux deux ou trois jours de suite. Le malade doit être guéri au quinzième jour.

Les observations relatées un peu brièvement par le Dr José Cardoso sont au nombre de trois seulement, ii est vrai que dans

[1] *Annales d'oculistique*, t. 88, p. 24, juillet et août 1882.

tous les autres cas, il aurait obtenu les mêmes résultats heureux, mais l'auteur ne dit pas combien il a traité de malades.

Dans l'observation I, avec un pinceau, on applique sur la conjonctive le principe extractif du jequirity, apparition d'une épaisse fausse membrane qu'on détache et on applique une nouvelle couche de principe actif. Ces manœuvres sont faites plus de 10 jours. — Trente-cinq jours après, la conjonctive avait un bon aspect.

Dans l'observation II, on se sert de l'infusion : 17 jours après, les granulations sont réduites au tiers à droite, et ont disparu à gauche. Pas d'autres détails sur l'emploi de l'infusion.

Enfin, dans la III[e] observation, c'est la macération qu'on utilise, il se développa une ophtalmie intense dès la première application, ophtalmie pseudo-membraneuse, qu'on combattit par des applications réfrigérantes et des cautérisations au nitrate d'argent à 2 0/0. Trois jours après, nouveau badigeonnage avec le jequirity, puis encore le lendemain et le quatrième jour. — La guérison était presque complète au quinzième jour.

Ici, encore la manière d'utiliser l'infusion de jequirity diffère de celle indiquée par le correspondant de M. de Wecker: ce dernier se contente de baigner les yeux trois fois par jour et au plus pendant trois jours pour obtenir un résultat; au contraire, M. le D[r] José Cardoso se sert de la préparation comme on le ferait d'un collyre caustique, c'est-à-dire qu'il l'étale sur la conjonctive avec un pinceau.

Grâce à cette manière de faire, il peut en quelque sorte conduire l'inflammation, l'enrayer par des réfrigérants et des caustiques s'il y a lieu, l'activer par d'autres applications s'il est besoin ; de plus, ce traitement peut durer longtemps, puisque dans l'observation ce ne fut qu'au bout de 35 jours qu'on obtint un résultat. Il est bon de remarquer que dans ce cas, l'auteur utilisait le principe extractif et non l'infusion du jequirity. Il résulte en effet de notre expérience personnelle qu'en se bornant strictement aux principes et aux règles indiqués par le correspondant de M. de Wecker, on obtient bien une inflammation intense de la conjonctive avec apparition de néo-membranes diphtéroïdes et même trouble et vascularisation de la cornée, mais ces phénomènes disparaissent peu à peu et les granulations ne sont en rien modifiées par cette évolution inflammatoire intense. C'est au moins ce qui vient de se passer chez une femme de mon service de l'hôpital Saint-Antoine. Nous croyons donc que pour obtenir un résultat plus favorable, il faut badigeonner les paupières renversées avec l'infusion de jequirity, c'est peut-être à cause de cela

que M. de Wecker dit avoir obtenu des résultats surprenants, mais encore inédits.

Comment agit le jequirity ? Est-ce simplement en déterminant une ophtalmie purulente, exactement comme le ferait l'inoculation blennorragique ? M. de Wecker paraît le croire, nous croyons inutile d'insister sur l'insuffisance de cette explication dans l'état actuel de la science, au moment où l'on regarde l'ophtalmie granuleuse comme une ophtalmie parasitaire.

Le Dr Siboa Aranjo a examiné au microscope soit des préparations de jequirity, soit des pseudo-membranes enlevées sur la conjonctive après l'action de l'infusion.

Dans les anciennes préparations fraîches ou M. Aranjo a trouvé des granulation (gomedées), puis des spores et le mycélium d'une plante microscopique.

Dans les exsudats conjonctivaux, on trouve des corpuscules de pus (leucocytes), une substance fibrineuse, plus des granulations sphériques animées de mouvements ou gomedées, enfin des spores en chapelet ou séparées (zooglées) et des tubes végétaux.

Y a-t-il une relation entre les productions microscopiques de l'infusion du jequirity et l'action curative de cette substance sur les granulations conjonctivales? Cette question n'a pas été formulée par le Dr José Cardoso, mais il ne me paraît pas impossible de la poser, surtout en présence des théories émises sur l'action de l'inoculation blennorrohoïque [1]

Quoi qu'il en soit, malgré le résultat négatif que j'ai obtenu en tenant compte du *modus faciendi* tout spécial préconisé par le Dr José Cardoso, et des conditions dans lesquelles il agit, conditions qui lui permettent d'avoir des graines fraîches; nous croyons que cette nouvelle médication mérite d'être expérimentée.

En fait, Messieurs, le travail de M. José Cardoso, quoique critiquable dans certaines parties, attire l'attention sur une thérapeutique nouvelle applicable à une affection essentiellement rebelle, trop souvent même incurable. Avant de porter un jugement définitif sur la valeur de cette médication, il faut donc l'employer méthodiquement et avec une certaine prudence.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son travail dans nos archives.

Discussion.

M. Desprès. Nous avons déjà discuté ici le traitement des granulations de la conjonctive, à propos de l'inoculation du pus blen-

[1] Abadie. *Ann. d'oculistique*, t. 87, p. 227, mai et juin 1882.

norragique. Je reproduirai les mêmes objections qu'alors au sujet du Jequirity; de plus dans la communication qui nous est faite, les observations sont en petit nombre et il n'est pas dit s'il s'agit des granulations chroniques. Si les granulations ont guéri, l'emploi des anciens procédés, des caustiques cathérétiques eût été meilleur; le Jequirity agit comme eux.

Mais dans les granulations chroniques, tous les topiques, même le pus blennorragique et les scarifications sont sans effet, le Jequirity a-t-il été employé sur des granulations de ce genre, nous ne le savons pas.

M. le rapporteur semble croire que les granulations ont quelque chose de parasitaire, c'est là l'impulsion du moment, les granulations sont les unes des bourgeons charnus, les autres des végétations de la conjonctive, le seul traitement qui convienne à ces dernières, c'est l'excision.

M. Terrier. La question des granulations est loin d'être aussi nette pour la plupart des auteurs que pour M. Desprès.

L'examen histologique de ces productions a été fait par des micrographes autorisés, et M. Ibanof a trouvé qu'elles étaient constituées par un tissu néo-glandulaire ; l'excision en est impossible à moins d'enlever toute la conjonctive.

A propos des granulations proprement dites, du trachome, il y a donc de nouvelles recherches à faire, les traitements actuels sont insuffisants. L'inoculation blennorragique guérit quelquefois, j'ai obtenu par elle un très beau succès, mais elle n'est applicable que dans certains cas, quand la cornée est suffisamment protégée, autrement on s'expose à la perforation.

J'ai expérimenté le Jequirity sans obtenir de résultat satisfaisant.

Sans doute j'ai tenu compte dans mon rapport de l'opinion de ceux qui admettent la nature parasitaire des granulations, je ne suis pas autorisé à la nier, c'est une question à étudier. Je ferai remarquer que l'ophthalmie parasitaire manque à une certaine altitude et qu'on a pensé détruire le parasite du trachome par le parasite de la blennorragie.

M. Desprès. On veut trouver des parasites partout, on s'égare, la contagion ne prouve pas qu'il y ait des parasites; l'influence de l'altitude ne peut être invoquée; s'il y a des ophthalmies en bas, c'est parce qu'à ce niveau il y a de l'humidité.

M. Ibanof a dit que les granulations étaient des glandes, mais on connaît les chalazions qui sont des hypertrophies glandulaires vraies.

M. Terrier. Il m'est impossible de suivre M. Desprès sur toutes les questions qu'il soulève ; je lui ferai remarquer seulement que M. Ibanof n'a pas dit que les granulations étaient des hypertrophies glandulaires, mais des néo-formations glandulaires.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Rapport

Sur un travail de M. Badal, professeur à Bordeaux, intitulé : *De l'élongation du nerf nasal contre les douleurs ciliaires.*

par M. Trélat.

Messieurs,

J'ai présenté, il y a 15 jours, à la Société un travail de M. Badal (de Bordeaux), dans lequel l'auteur montre qu'il est possible, dans certains cas de lésions oculaires avec douleurs ciliaires intenses; de substituer l'élongation aux opérations plus importantes d'amputation ou d'extraction du globe oculaire.

L'auteur a eu l'occasion de pratiquer trois fois l'élongation du nerf nasal et ce sont ces faits qui constituent le fond do son travail lequel est intéressant et mérite d'être apprécié.

M. Badal donne du manuel opératoire la description suivante :

Manuel opératoire. — On sait que le nerf nasal, après avoir fourni les nerfs ciliaires *directs*, et la racine sensitive du ganglion ophtalmique, se divise en nasal *interne* ou filet ethmoïdal, qui pénètre dans le trou orbitaire interne pour, de là, se rendre finalement à la muqueuse de la partie antérieure des fosses nasales ; et en nasal *externe*, qui continue le trajet du tronc principal et sort de l'orbite appliqué contre le périoste, à peu près à égale distance du tendon direct de l'orbiculaire et de la poulie cartilagineuse du grand oblique. Cette branche terminale se divise aussitôt en filets ascendants ou palpébraux, et en filets descendants ou nasaux. Quelques rameaux se rendent à la portion interne de la conjonctive, à la caroncule et à la muqueuse des conduits lacrymaux, du sac et du canal nasal.

Le tronc du nasal externe doit être mis à découvert au niveau du rebord orbitaire, c'est-à-dire avant sa bifurcation, sinon on risque de tomber sur des filets qui se laissent difficilement isoler, sont extrêmement grêles, et ne supportent aucune traction.

La sensation douloureuse qui résulte de la compression du nerf peut servir à déterminer son point d'émergence chez les malades non chloroformés. Si cette indication fait défaut, voici un excellent point de repère : *appliquer le doigt indicateur sur le globe, immédiatement au-dessous du rebord orbitaire supérieur, la face palmaire en avant, et l'extrémité du doigt reposant sur le côté du nez. Le point d'émergence du nerf se trouve assez exactement au milieu de l'ongle.*

Une incision courbe, correspondant à la partie interne et supérieur du rebord orbitaire, allant du tendon de l'orbiculaire au voisinage de l'échancrure sus-orbitaire, sur une étendue de deux centimètres à peine, suffit pour arriver facilement sur le tronc nerveux. Après qu'on a divisé les téguments avec précaution, le bistouri doit être remplacé par une petite sonde cannelée, car le nasal externe est grêle, très superficiel, et pourrait être divisé par l'instrument tranchant. Une traction de quelques centaines de grammes suffit à le rompre, ce qui, du reste, est sans importance lorsque cette rupture est le fait de l'élongation, celle-ci n'en devant pas moins produire, en pareil cas. ses effets habituels. La plaie sera réunie par quelques points de suture. La perte de sang est insignifiante.

M. Badal a pratiqué trois fois cette opération à la clinique de l'hôpital Saint-André et toujours avec succès, il résume ainsi ces trois faits et les considérations qui l'ont conduit à cette pratique.

Les douleurs dites *ciliaires*, c'est-à-dire qui ont leur siège ou leur point de départ dans le globe oculaire, peuvent être divisées en trois groupes : névralgies proprement dites ; douleurs glaucomateuses ; douleurs ciliaires dues à un état inflammatoire des membranes de l'œil.

Le nerf nasal, d'où émanent les filets nerveux qui se distribuent à l'œil, soit directement, soit par l'intermédiaire du ganglion ophtalmique, semble *à priori*, devoir être celui des nerfs de l'orbite dont l'élongation donnera les meilleurs résultats pour combattre les douleurs ciliaires, quelle qu'en soit la cause.

La clinique établit la réalité de cette action curative ; elle montre, en outre, l'heureuse influence exercée par l'élongation sur les phénomènes pathologiques vaso-moteurs, sécrétoires et trophiques qui peuvent accompagner les douleurs en question.

Il suffit de faire porter l'élongation sur le nasal externe, à la sortie de l'orbite. Il est sans importance que cette élongation soit suivie de la rupture du tronc nerveux, l'anesthésie qui en est la conséquence, étant limitée à un territoire extrêmement restreint.

Il est permis de supposer, à en juger par les résultats déjà obtenus, que l'élongation du nasal externe pourra, dans nombre de

cas, être substituée à d'autres opérations infiniment plus graves. La névrotomie optico-ciliaire, en particulier, et dans certains cas, l'amputation ou l'énucléation du globe, ne devront être pratiquées que si l'élongation préalable du nasal externe n'a donné aucun résultat.

Il sera intéressant de rechercher ce que peut donner cette opération, non seulement contre le symptôme *douleur*, mais encore dans le traitement de certaines formes de glaucome, d'ophtalmie sympathique, d'inflammations du tractus uvéal. et même dans le traitement de certaines affections de l'appareil lacrymal.

Les trois cas d'élongations pratiquées jusqu'ici à la clinique ophtalmologique de Bordeaux peuvent se résumer ainsi :

I. — Femme, 33 ans. Névralgie oculaire et péri-orbitaire gauche ; flux nasal muco-purulent, extrêmement abondant. Deux mois de traitement médical, sans succès. Élongation du sous-orbitaire; peu d'amélioration. Quinze jours après, élongation du nasal; les douleurs disparaissent aussitôt. Deux mois après, le catarrhe nasal a complètement cessé et la muqueuse a repris son aspect normal.

II. — Homme, 23 ans. Kératite à hypopyon, œil droit, suivie d'irido-cyclite ; phtisie du bulbe ; pannus ; perte de la vision ; névralgie péri-orbitaire. Amélioration passagère à la suite d'une péritomie. Rechute ; douleurs ciliaires violentes. Élongation des filets terminaux du nasal externe. Dès le lendemain, amélioration évidente ; quinze jours après, les douleurs ont entièrement disparu.

III. — Femme, 57 ans. Depuis huit ans, douleurs gastralgiques, rhumatisme noueux, névralgie péri-orbitaire gauche. Depuis quatre ans, glaucome chronique inflammatoire; perte absolue et définitive de la vision. Œil très dur ; cornée rugueuse ; douleurs ciliaires violentes ; état général mauvais. Une large iridectomie ne donne aucun résultat. Les crises augmentent d'intensité. Quinze jours après, élongation du nasal externe ; résultat immédiat excellent. Peu de temps après, la malade est complètement débarrassée de ses douleurs et peut quitter l'hôpital.

Telles sont les observations de M. Badal. Elle encouragent à avoir recours à l'opération qu'il a pratiquée.

Je vous propose donc d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son travail dans nos archives.

Discussion.

M. Terrier. Des trois observations de M. Badal une seule a trait à une névralgie oculaire; dans les deux autres il s'agit de troubles profonds de l'œil, d'irido-cyclite avec phtisie du bulbe dans la seconde observation, de glaucome chronique dans la troisième. — Pour ces deux dernières je ne crois pas que l'élongation du nerf nasal soit acceptable comme méthode de traitement. En présence de lésions aussi profondes d'un œil je préférerais l'ablation du globe, à laquelle on est revenu après diverses tentatives faites pour l'éviter. Elle donne une solution plus rapide et permet d'espérer davantage la conservation de l'autre œil.

L'élongation devrait être réservée pour les cas de névralgie simple et rejetée quand il y a des altérations profondes du globe.

M. Giraud-Teulon. Il serait prématuré de donner des conclusions définitives sur le traitement employé par M. Badal, mais il faut remarquer que ses malades n'avaient pas d'ophtalmie sympathique et que l'opération, bien raisonnée, a donné dans chaque cas un bon résultat; ce sont donc des faits dont il faut tenir compte.

M. Trélat. M. Badal n'a pas voulu généraliser, ni établir une doctrine nouvelle ; il a rencontré des malades qui avaient des douleurs ciliaires intenses et dont les yeux n'exigeaient pas une extirpation, il a fait l'élongation du nerf nasal et les douleurs ont cessé; l'élongation dans ces cas a donc été utile et le chirurgien était à même plus tard, de faire une autre opération, l'ablation de l'œil par exemple, si celle-ci devenait indiquée par de nouveaux symptômes. En un mot l'opération de M. Badal n'est dirigée que contre la névralgie ciliaire.

Les conclusions du rapport sont mises aux vois et adoptées.

Communication.

De l'induration du corps caverneux de la verge et de ses rapports avec la glycosurie,

par M. Verneuil.

On ne saurait trop insister sur l'utilité, la nécessité même, de rattacher aux états constitutionnels préexistants les affections loca-

les dites spontanées, c'est-à-dire n'étant à leur origine ni traumatiques, ni contagieuses, ni parasitaires.

Cette donnée conduit naturellement à la recherche des causes prédisposantes et à la constatation des diathèses et des maladies générales ; elle éclaire le diagnostic étiologique et la nature exacte du mal; enfin elle guide le praticien dans le choix des moyens thérapeutiques.

Ces propositions trouvent un appui dans la petite série de faits que je vais rassembler ici.

On connait bien la lésion désignée sous le nom d'induration du corps caverneux; on sait qu'il s'agit de plaques ou de noyaux plus ou moins étendus, de consistance fibreuse, ne faisant point saillie, mais facilement reconnaissables au toucher, siégeant sur la face dorsale de la verge, n'adhérant point à la peau, mais confondus avec l'enveloppe fibreuse et la cloison médiane du corps caverneux. Cette affection qu'on rencontre surtout aux limites de l'âge adulte n'est ordinairement point douloureuse, si ce n'est dans l'érection, mais elle rend le coït malaisé à cause de l'incurvation qu'elle imprime à la verge.

Le diagnostic est facile, le pronostic bénin, mais le traitement et l'étiologie sont fort peu avancés. Le mal débute spontanément et marche lentement; on ne s'en aperçoit d'ordinaire que lorsque survient une certaine gêne dans le coït. Les causes déterminantes sont mal connues ; aucune de celles qui ont été invoquées ne s'applique à la pluralité des cas, et d'ordinaire les patients ne fournissent aucun renseignement précis sur l'origine de la lésion.

A défaut de causes locales, on a pensé aux causes générales : la syphilis, la goutte. C'est à cette dernière diathèse qu'un auteur anglais, Kirby, rapporte l'affection en question [1]. En ce qui touche la syphilis, sans nier qu'elle puisse produire des indurations péniennes, ce que d'ailleurs je n'ai jamais vu, elle ne saurait expliquer tous les cas, car elle fait souvent défaut dans les antécédents. On pourrait encore invoquer contre elle l'insuccès à peu près constant du traitement spécifique qui est naturellement prescrit dans les cas de ce genre, mais l'argument n'aurait pas une valeur absolue, le mercure et l'iodure de potassium étant trop souvent impuissants contre les lésions scléreuses de la vérole.

Si l'on adoptait l'opinion de M. Kirby, on pourrait assimiler les indurations du corps caverneux aux rétractions fibreuses des aponévroses palmaire et plantaire, sinon même aux tophus et aux néoplasies conjonctives qui les entourent. Mais la parenté serait

[1] *Dublin med. Press*, 1849 2e vol., p. 210, analysé dans *Gaz. méd. de Paris*, 1850, p. 676.

surtout établie par l'état général du patient, par ses autres affections de nature arthritique, par l'hérédité, etc.

Sous ce rapport, je me rattacherais assez volontiers à l'hypothèse de M. Kirby, les sujets que j'ai observés étant sinon goutteux, au moins manifestement arthritiques. Mais il est un rapport à peine entrevu jusqu'ici et que je suis à même d'appuyer à l'aide d'observations relativement assez nombreuses. Quatre fois dans ces dernières années j'ai rencontré l'induration du corps caverneux toujours avec les mêmes caractères et dans des conditions fort analogues d'âge, de santé, de régime, de manière de vivre, trois fois j'ai constaté l'existence actuelle ou antérieure de la glycosurie; je crois en conséquence pouvoir admettre, sinon une dépendance étiologique absolue, au moins une relation digne d'être recherchée à l'avenir.

Je dois tout d'abord rapporter à qui de droit, la première mention de la coïncidence. Marchal (de Calvi), dans son beau livre sur *les accidents diabétiques* (1864, p. 401), dit avoir vu chez un diabétique, la verge dans l'érection courbée sur sa face dorsale; il existait un tout petit noyau d'induration situé à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen de cette face et qui n'était guère sensible que pendant l'érection. Ce diabétique avait, en outre, des hémorrhagies (*sic*) spermatiques.

Voici maintenant le récit sommaire des cas que j'ai observés:

Observation I. — Il y a trois ans à peu près, je fus consulté par M. S..., propriétaire, au département du Nord, âgé de 56 ans, de haute taille, de forte constitution, actif, intelligent, et jouissant d'une bonne santé à peine troublée de temps en temps par quelques douleurs de rhumatisme articulaire et de névralgie sciatique. Il m'était adressé par notre regretté collègue Houzé de l'Aulnoit, pour une induration du corps caverneux, constatée depuis quelques mois seulement, et survenue sans cause connue et sans antécédents vénériens quelconques.

Cette lésion, peu étendue, appréciable au toucher seulement et complètement indolente, n'avait pas d'autre inconvénient que de gêner le coït par suite de la déformation du pénis dans l'érection. Ayant vainement cherché l'origine du mal, je me rappelai la courte note de Marchal (de Calvi), et j'interrogeai dans ce sens. M. S... me déclara aussitôt qu'il était diabétique depuis longtemps et soigné comme tel, par son médecin ordinaire.

Je lui déclarai, à mon tour, que son mal n'offrait pas le moindre danger, mais que je ne trouvais ni dans la thérapeutique, ni dans la médecine opératoire, aucun moyen de le faire disparaître; qu'il devait donc se contenter de soigner sa glycosurie et de prendre en patience la difformité pénienne et ses conséquences.

Depuis cette époque, je revois une ou deux fois par an M. S... La santé est toujours bonne ; la quantité de sucre rendue dans les 24 heures varie de 12 à 80 grammes ; l'état local reste le même. Il ne me réclame plus d'opération chirurgicale.

Obs. II. — M. H..., maître d'hôtel en province, 47 ans, de petite taille, mais trapu et solidement bâti, vint me consulter au mois de juillet de cette année, pour une induration du corps caverneux, dont il s'était aperçu depuis plus d'un an, qui lui paraissait faire des progrès, et en tout cas gênait notablement le coït. Je retrouvai à la lésion locale ses caractères habituels de siège, de forme, de consistance, d'indolence au toucher et de bénignité. La cause, comme d'habitude, était tout à fait méconnue.

J'interrogeai M. H... sur l'état de sa santé ; il me déclara se porter fort bien, et n'avoir de longtemps fait aucune maladie sérieuse. Il était fort actif, travaillait du matin au soir et conservait encore des désirs vénériens assez vifs, qu'il regrettait infiniment de ne pouvoir satisfaire. Il venait surtout me demander mon avis sur l'utilité d'une opération qui lui avait été proposée par un chirurgien distingué de Paris, et qu'il avait acceptée en principe.

Je ne pus savoir en quoi consistait cette opération ; mais comme je sais que la médecine opératoire n'a pas grand'chose à faire contre l'affection en question, je conseillai d'abord d'ajourner toute intervention chirurgicale. Puis naturellement l'idée de la glycosurie me vint en tête, et je dirigeai mon interrogatoire de ce côté.

Or, M. H... offrait plusieurs des symptomes rationnels du diabète. Il urinait souvent et abondamment ; il buvait beaucoup, ce qu'il attribuait naturellement à sa profession. Il était toujours en mouvement, mais sa force musculaire n'était pas très grande, et le volume de son abdomen indiquait une tendance à l'obésité.

Je déclarai que l'analyse des urines était nécessaire avant d'instituer le traitement, et comme M. H... repartait le soir même pour son pays, il fut convenu que cette analyse serait faite par les soins du médecin ordinaire, et que le résultat me serait transmis.

Quelques jours après, je recevais une lettre de notre excellent confrère, le docteur Chedevergne, de Poitiers, qui m'annonçait que les urines renfermaient 22 grammes de glycose par litre, et qu'en conséquence, il avait prescrit le régime approprié, et plus que jamais écarté toute tentative opératoire.

Au bout d'un mois, j'eus l'occasion de revoir M. H...; il me dit se trouver bien du régime auquel il était soumis ; il buvait moins et se sentait le soir moins fatigué. Le chiffre du sucre était descendu à 18 grammes par litre, mais l'induration pénienne ne s'était point modifiée. Je lui annonçai qu'il n'avait rien à attendre de ce côté, et qu'il en devait prendre son parti.

J'appris alors que le malade avait été atteint de fièvres intermittentes rebelles, en 1856 ; il était alors employé au buffet de la gare de Tours, au moment où eut lieu une grande inondation. Les caves étaient

envahies par l'eau, et plusieurs fois par jour, M. H... était obligé d'y descendre et marchait dans une épaisse couche de boue.

N'ayant pas été atteint de récidive, il avait oublié ce détail, lorsqu'il m'avait, à la première entrevue, affirmé l'excellence de sa santé antérieure.

Obs. III. — Dans le courant du mois de juillet dernier, je vis,en entrant dans mes salles à la Pitié, un homme de haute taille, de forte constitution, qui paraissait jouir d'une bonne santé, et que je ne reconnu point tout d'abord, bien qu'il ait déjà séjourné antérieurement dans mes salles. Il venait me consulter pour une affection qui ne lui causait pas de fortes douleurs, mais lui occasionnait, disait-il, beaucoup de contrariété.

Il s'agissait d'une induration du corps caverneux, siégeant dans la cloison médiane de ce corps et s'étendant sur les côtés, jusqu'à la partie moyenne des faces latérales. Elle commençait à deux centimètres environ du rebord postérieur du gland, et mesurait trois centimètres d'avant en arrière ; elle n'offrait pas beaucoup d'épaisseur et n'était pas très dure. Néanmoins elle gênait, paraît-il, beaucoup l'érection, et rendait le coït difficile et même un peu douloureux. C'était depuis quelques mois seulement que cette lésion s'était montrée sans cause connue ; elle faisait des progrès et entravait de plus en plus la fonction du pénis.

Je songeai aussitôt à faire analyser les urines et j'en demandai pour le lendemain.

Le malade revint en effet avec un flacon plein d'une urine claire, paraissant tout à fait normale. On rechercha aussitôt la glycose avec la potasse caustique et la liqueur cupro-potassique, mois on ne trouva rien. Le patient me rappela que pareille chose était arrivée déjà l'année précédente, lors de son premier séjour dans mes salles. La mémoire me revint alors, et je reconnus le sujet d'une observation déjà publiée dans la thèse de M. Girou (1) et dont je donnerai un résumé.

Je ferai remarquer que le rédacteur, en parlant des antécédents morbides, dit que le malade n'avait pas eu de rhumatisme. Le fait est exact en ce qu'il n'y avait pas eu d'attaque d'inflammation articulaire aiguë, mais l'arthritisme n'en est pas moins évidemment caractérisé par l'embonpoint considérable, la glycosurie, les varices, la déformation des orteils, le mal perforant double, etc.

A.., chantre de paroisse, 47 ans, antécédents héréditaires négatifs ; nulle trace de scrofule ni de syphilis, ni de rhumatisme ; alcoolisme, avoué du reste et caractérisé par le tremblement, les rêves, etc.

Il y a trois ans, atrophie papillaire double, achromatopsie.

Il y a quatre ans, inflammation de durillons situés à la face inférieure

[1] Girou. *Etiologie et pathogénie des gangrènes chez les diabétiques.* — Thèse de doc., Paris, 1881, p. 70. Obs. IX.

du gros orteil ; tuméfaction considérable de la partie interne de la région plantaire gauche. Il s'est formé depuis cette époque une petite plaie au niveau du pli palmaire, répondant à l'articulation de la première et de la seconde phalange du gros orteil gauche ; cette petite plaie laisse suinter d'ordinaire un peu de sérosité sanguinolente.

Le 20 mars, hémorrhagie assez considérable, qui se renouvelle les jours suivants ; le 25, elle dura une heure.

Le 29, nouvelle hémorrhagie ; le malade entre à la Pitié, salle Saint-Louis, et, on constate l'existence d'un mal perforant ordinaire, siège de deux complications tout à fait insolites, les hémorrhagies quotidiennes d'une part et de l'autre, une plaque de gangrène de la largeur d'une pièce d'un franc, exhalant une odeur extrêmement fétide.

Pensant qu'un état constitutionnel antérieur peut seul expliquer ces singuliers symptômes, je fais faire l'analyse des urines, le lendemain matin à la vérité. On ne trouva ni sucre, ni albumine.

Le malade cependant accuse de la polydipsie, et une polyphagie intense. Lorsqu'on pratique l'examen des urines immédiatement après le repas, on obtient une réduction très nette de la liqueur cupro-potassique.

L'expérience répétée plusieurs fois, donne toujours le même résultat ; urine émise au réveil, normale ; urine du soir notablement sucrée. C'est donc un cas de diabète intermittent chez un alcoolique avéré, et ainsi s'explique la double complication de son mal perforant.

L'observation s'arrête là dans la thèse de M. Girou, je puis la compléter.

Sous l'influence de pansements antiseptiques convenables, et d'un régime approprié à la glycosurie, l'eschare du pied tomba, les hémorrhagies s'arrêtèrent, et la cicatrisation, bien que lente, s'effectua.

A... quitta mon service au bout de quelques semaines, et je n'en entendit plus parler. La guérison locale ne se démentit point.

J'avais engagé R..., lors de sa dernière visite, à passer quelques jours dans mes salles ; j'aurais voulu savoir si la glycosurie intermittente existait encor e.alheureusement le malade ne revint pas, j'ai appris que quelques semaines après, il était entré dans un service de médecine, où il avait rapidement succombé à une pneumonie.

Le chef de service ni les élèves n'ayant eu connaissance de l'induration du corps caverneux, il a été perdu ainsi une belle occasion de faire l'anatomie pathologique exacte de cette lésion encore si mal connue.

Obs. IV. — J'ai dit avoir rencontré également un cas où l'induration pénienne ne coïncidait pas avec la glycosurie. Il s'agit d'un médecin

âgé de 63 ans, autrefois très robuste, et qui depuis quelques années a perdu une partie de ses forces à la suite d'une affection très grave du foie.

La lésion locale a les caractères ordinaires. Le malade est arthritique par ses ascendants et par lui-même, il a eu un néoplasme intralaryngien; je l'ai soigné pour de petits anthrax et des loupes enflammées; il va dans une station d'eaux alcalines pour un peu de gravelle; il affirme avoir examiné ses urines et n'y avoir point trouvé de sucre. Il n'a d'ailleurs ni les apparences extérieures des diabétiques, ni les symptômes rationnels du diabète.

Le but de cette communication ne vous échappera pas. Outre l'utilité déjà signalée plus haut de rattacher une affection locale à un état constitutionnel et d'éclaircir les causes générales de cette affection, il y a la question de thérapeutique.

Le traitement médical de l'induration du corps caverneux est nul; tout le monde étant d'accord sur ce point, on conçoit qu'on ait songé au traitement chirurgical, et la preuve qu'on y songe, est que dans l'un de mes cas, un chirurgien distingué de Paris avait proposé une opération.

Au reste, à l'époque de hardiesse opératoire à laquelle nous vivons, il serait surprenant qu'il n'en fût pas ainsi.

Or, il n'est pas inopportun de rappeler aux chirurgiens tentés d'agir, qu'il semble exister des rapports intimes et fréquents entre la glycosurie et la susdite induration du corps caverneux, et qu'à ce titre il faut mettre la plus grande réserve dans l'emploi des moyens chirurgicaux. Je ne puis croire, en effet, que le hasard seul m'ait fait rencontrer trois fois sur quatre la coïncidence entre les deux états pathologiques. Peut-être, à la vérité, suis-je tombé sur une série; en pareil cas, il n'y aurait qu'à attendre. A partir du moment où l'on voudra bien faire les recherches convenables, on saura si le sucre se rencontre souvent ou rarement chez les sujets atteints d'induration des corps caverneux survenue spontanément.

Présentation de malades.

M. Trélat présente un malade auquel il a enlevé un *polype muqueux à prolongements multiples des fosses nasales* en faisant une *résection partielle du maxillaire supérieur*.

Obs. — Auguste G..., âgé de 62 ans, tonnelier, entré le 10 novembre 1882, salle Saint-Pierre n° 35. Homme vigoureux, sans maladie antérieure à noter.

Le début de son affection remonte à deux ans; il eut à cette époque

une épistaxis très abondante par la narine gauche; six mois après apparaissait dans la narine une tumeur saignante, qui a grossi, puis, à diverses reprises, s'est détachée en partie. Il y a un peu plus d'un mois, le malade a vu survenir un peu en avant du canal nasal une tuméfaction qui s'est terminée par un abcès et donnant actuellement l'apparence d'une tumeur lacrymale avec fistule consécutive.

Le malade se présente donc avec ces deux choses : un polype du nez, une tuméfaction avec orifice fistuleux près de l'angle interne de l'œil gauche.

J'ai recherché avec soin les limites de cette tumeur polypeuse et n'ayant pu la rencontrer avec le doigt au-dessus du bord inférieur du voile du palais, j'ai la conviction que la tumeur n'a pas franchi l'orifice postérieur de la narine; il n'existe en effet aucune déformation du voile du palais et à travers le voile le doigt ne sent aucune saillie.

Le globe oculaire n'est ni dévié, ni intéressé dans ses mouvements,

L'exploration de la fistule montre qu'elle est remplie d'un pus épais, et au-dessous de la cavité occupée par ce pus, on constate une tuméfaction dure avec des reliefs osseux, de telle sorte qu'il existe en ce point une altération du squelette.

Pour trancher la question du diagnostic précis : polype muqueux ou muquo-sarcomateux, j'ai enlevé une petite portion de la tumeur nasale et j'ai acquis la certitude que nous sommes en présence d'une tumeur à éléments nucléaires jeunes et très nombreux, nécessitant une intervention plus complète que l'arrachement.

Je me décidai alors à une opération, qui, sans amener un grand délabrement comme la résection totale du maxillaire, créerait cependant une très large voie pour explorer la cavité nasale et la rendre accessible aux instruments dans toute son étendue; cette opération avait pour objectif de détruire la paroi externe des fosses nasales.

Voici comment je procédai à cette opération non décrite dans les traités de médecine opératoire, mais qui a à peu près le même siège que celle que M. Rampolla a proposé pour l'extirpation des polypes-naso-pharyngiens; elle fut pratiquée le 30 novembre 1882.

1° Incision cutanée. Elle part de la bosse nasale du frontal un peu à gauche de la ligne médiane, se divise en deux branches qui circonscrivent dans un ovale allongé l'abcès fistuleux de l'angle interne de l'œil, chemine dans le pli naso-génien, se recourbe au-dessous de l'aile du nez, se termine sur la ligne médiane au niveau de la sous-cloison. De cette ligne principale d'incision, part, à angle droit, une seconde incision située à la limite de la paupière inférieure et du tégument de la joue.

2° Dissection des lambeaux, et décollement par rugination du périoste qui est appliqué à la face postérieure des parties molles.

3° Section des os. L'os propre du nez gauche et la branche montante du maxillaire sont sectionnés verticalement. La branche montante est séparée du frontal de la même manière, avec la pince droite de Liston. Le corps du maxillaire est divisé par les deux sections suivantes : 1 section horizontale immédiatement au-dessus du palatin, à l'aide

de la scie de Larrey; 2° section verticale réunissant le milieu du rebord orbitaire (le globe oculaire ayant été relevé) et l'extrémité externe de la section osseuse horizontale.

Ces parties osseuses : os propre du nez, branche montante, partie sous-palatine, du maxillaire (paroi antérieure du sinus maxillaire et rebord sous-orbitaire) enlevées, il est facile de plonger dans la fosse nasale, on enlève et gratte les masses polypeuses qui s'y trouvent, on cautérise au thermo-cautère les prolongements qu'elles envoient dans les sinus, maxillaire, frontal, éthmoïdal.

Ligature d'artère; lavages antiseptiques, suture. — Le quatrième jour, la réunion est effectuée. Le malade, entièrement guéri, quitte l'hôpital le 14 décembre, lendemain de sa présentation à la Société de Chirurgie. (Voir le procès-verbal de la séance du 27 décembre 1882).

M. Trélat présente un second malade chez lequel il a pratiqué le désenclavement du nerf radial emprisonné dans le cal exubérant d'une fracture de l'humérus.

Observation.

Nerf radial emprisonné dans un cal. — Paralysie radiale complète. — Opération. — Guérison.

Auguste Bl..., âgé de 40 ans, peintre en bâtiment, entre le 19 mars 1882, salle Saint-Pierre, n° 46.

A la suite d'une rixe, cet homme avait été bousculé, jeté à terre. A son entrée, nous constations une plaie de tête, une fracture sus-condylienne du fémur droit avec chevauchement marqué, extrême mobilité et vaste epanchement sanguin; et enfin une fracture de l'humérus gauche à plusieurs fragments. La constatation de ces fragments présenta de très réelles difficultés; j'appliquai successivement trois appareils plâtrés; le dernier fut enlevé le 20 avril.

Le cal est volumineux, irrégulier, présente une grande épaisseur d'avant en arrière, et une forte saillie anguleuse à la partie postéro-externe de l'os.

L'exploration des mouvements du membre donne les résultats suivants : La flexion du coude peut aller jusqu'à l'angle droit et même un peu au delà, l'extension est peu étendue. L'avant-bras s'est amaigri. L'extension de la main et des doigts est impossible; l'abduction et l'extension du pouce, la supination sont également abolies.

L'exploration électrique montre que les extenseurs, supinateurs et radiaux sont tout à fait paralysés; l'extenseur du pouce et celui de l'index réagissent seuls sous l'influence du courant, mais faiblement; le mouvement volontaire est impossible. La sensibilité est conservée.

Des douches locales et des applications électriques n'ont amené aucun résultat, de telle sorte que nous devions écarter l'idée, soit d'une compression nerveuse par l'appareil, soit d'une sorte de névrite périphérique produite par le cal, pour penser à une altération du nerf ra-

dial, non pas à une section, ni à une destruction de ce nerf, mais à un enserrement dans le cal.

Fort du résultat très heureux que j'avais obtenu en 1874 chez un petit garçon dans des conditions tout à fait analogues, résultat tellement satisfaisant que mon jeune opéré a remporté des prix de gymnastique à sa pension quelques années après son opération, je me décidai à pratiquer l'abrasion de la partie saillante du cal dans le but de délivrer le nerf que je supposais emprisonné; mais si j'avais lieu d'espérer de nouveau une réussite complète, je savais d'autre part, par le fait que je viens de citer et par les cas du même genre cités par M. Bouilly et M. Delens que le retour des mouvements n'est obtenu qu'au bout d'un temps assez long.

Laissant au cal le temps d'opérer son travail de prolifération et de réparation, je pratiquai l'opération le 1er juin.

La bande d'Esmarch appliquée, l'anesthésie étant complète, je fis une incision de 9 centimètres sur le trajet du nerf radial à sa sortie de la gouttière de torsion; à la surface du cal, très gros et très saillant, pas de nerf; enfin, après une recherche assez laborieuse, le radial est découvert au-dessous du cal, caché par du tissu fibreux. Il est disséqué de bas en haut et extrait d'un véritable tunnel ostéo-fibreux, après résection des bords osseux qui le surplombaient. Le nerf une fois dégagé dans toute la longueur du canal pathologique (5 centimètres environ) avec la pince gouge, le ciseau, la scie pour une pointe assez volumineuse, toute la partie exubérante du cal est réséquée et nivelée de façon à donner une surface sans irrégularités, ni aspérités.

Le lien d'Esmarch enlevé, hémorrhagie marquée en nappe. Tube suture Lister recouvert d'un pansement ouaté compressif.

Le 2 juin. Premier pansement. Bon état.

Le 4. Indices de phlegmon.

Bientôt suppuration, désunion; énorme gonflement des muscles. Lavages attentifs, pansement humide.

La plaie étant en bonne voie de cicatrisation, on commence les séances d'électricité six semaines après l'opération, le 15 juillet environ.

Le 20 août, la cicatrisation est complète; on fait chaque jour une séance d'électrisation faradique de 10 minutes.

Des rudiments de mouvements spontanés s'étaient montrés dès le commencement d'août, mais ce n'est guère qu'à la fin de septembre que nous constatons une amélioration très sensible. Voici l'état du malade au 20 septembre.

La pronation s'effectue d'une manière complète; la supination est presque complète; léger degré d'extension de la main, pas d'extension du pouce, abduction à peu près n

Les deuxième et troisième phalanges se fléchissent, la première ne fléchit pas.

A mon retour des vacances, au commencement de novembre, le malade a recouvré l'extension de la main et des doigts; l'abduction du

pouce manque encore. Les mouvements sont peu énergiques, mais très nets dans toute l'étendue.

L'excitabilité électrique est très faible.

Il y a des zones d'anesthésie sur la face dorso-radiale de l'avant-bras.

A l'aide des courants continus annexés depuis 15 jours aux courants interrompus, une amélioration très rapide s'est produite, et aujourd hui, 13 décembre, le mouvement qui avait jusque-là fait défaut, l'abduction du pouce a fait son apparition. Tous les autres mouvements ont d'ailleurs pris de l'energie et la guérison doit être considérée comme complète.

Je dois ajouter pour terminer un petit fait qui a quelque intérêt. Lorsqu'on fait fléchir la main de notre malade, les doigts étant dans l'extension, ce mouvement est possible, mais il devient impossible et même dangereux lorsque les doigts sont fléchis ; cela indique un certain degré de raideur, de raccourcissement des extenseurs, raccourcissement qui s'explique par la durée de la paralysie et que nous combattons avec succès par la flexion énergique.

Je me borne à deux courtes remarques à la suite de cette observation.

La première est relative au jeune garçon âgé de 8 ans, que j'opérai en 1873 à la Charité.

Cette observation publiée par M. le Dr Pasturaud, dans sa thèse inaugurale de 1875 est restée incomplète.. Bien que le succès soit indiqué dans le cours de l'observation précédente, je tiens à dire expressément ici que la guérison a été complète et absolue chez le jeune Théodule Ch... J'ai eu pendant plusieurs années des nouvelles précises de cet opéré et j'ai suivi les progrès d'une guérison qui a permis au blessé de recouvrer un membre mobile et vigoureux permettant les exercices les plus énergiques.

Voici la seconde remarque : M. Lablancherie, dans sa thèse de 1879, cherche à faire de la vive douleur locale, provoquée par la pression avec le bout du doigt un caractère distinctif entre l'enclavement et la compression du nerf par une saillie ou une pointe du cal. Or, ce phénomène : *douleur vive provoquée par la pression en un point du trajet du nerf radial*, existait chez mon jeune malade de 1873, et se retrouvait de la manière la plus précise chez le malade que je viens de guérir à Necker et qui avait un enclavement du nerf.

Discussion.

M. Tillaux rappelle qu'il a présenté à la Société dans la séance du 26 juin 1878, un malade auquel il avait pratiqué une opération

identique à celle que vient de relater M. Trélat. Il croit utile de reproduire les quelques détails suivants :

Il s'agit du nommé Blanc Louis, âgé de 53 ans, qui entra à Beaujon le 13 novembre 1877, pour une fracture compliquée de l'humérus droit.

Quand M. Tillaux prit le service au 1er janvier 1878, la consolidation était complète, mais il existait une paralysie absolue du nerf radial.

Pensant que le nerf était emprisonné dans le cal, M. Tillaux songea à en opérer le désenclavement.

L'opération fut pratiquée le 16 janvier 1878.

Le nerf fut mis à découvert dans la portion libre au-dessous du cal et on put le poursuivre de bas en haut. Il pénétrait dans un canal ostéo-fibreux d'une longueur d'environ 3 centimètres. Il fut facilement dégagé et les rebords de la gouttière osseuse furent abrasés.

Le nerf était aplati et enflammé au niveau de la portion enclavée.

Ce n'est que le 25 janvier que le malade put exécuter quelques mouvements des doigts. Le 1er février, il put ouvrir une serrure. Le 2 février, il écrivait. Le 27 février, les mouvements de la main étaient à peu près complètement revenus et il ne restait plus trace de la paralysie, lorsque le malade fut présenté à la Société.

Nous avons donc aujourd'hui les observations de MM. Ollier, Delens, Trélat et la mienne.

Je n'ai pas éprouvé les mêmes difficultés que M. Trélat pour découvrir le nerf radial, ce que j'attribue à ce que je cherchai de suite le nerf au-dessous du cal et je l'isolai ensuite de bas en haut.

Dans les cas de ce genre, le rétablissement des fonctions se fait lentement, ce qui s'explique parce que le nerf est enflammé, il subit une dégénération; la théorie wallérienne s'applique ici comme aux plaies des nerfs et le rétablissement des fonctions ne se fait que quand la régénération du nerf s'est effectuée.

Nomination de commissions.

La Société procède à la nomination de plusieurs commissions.

Commission pour l'examen des titres des candidats aux places de membres correspondants nationaux : MM. de Saint-Germain, Polaillon, Chauvel et Gillette.

Commission pour l'examen des titres des candidats aux places

de membres correspondants étrangers : MM. Berger, Sée, Terrier et Pozzi.

Commission du prix Laborie : MM. Le Fort, Guéniot, Marchand, Monod, Nepveu.

Commission du prix Duval : MM. Marjolin, Delens, Magitot, Périer, Richelot.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire,

NICAISE.

Séance du 20 décembre 1882.

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin et mémoire de la société de chirurgie. — Marseille médical. — Lyon médical. — La Loire médicale. — Annales de gynécologie. — Bulletin général de thérapeutique. — Revue médicale. — Recueil d'ophthalmologie. — L'odontologie. — Revue médicale de l'Est. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — Société médicale de Gannat.*

3° *Bulletin de la Société anatomique.*

4° *British Medical.*

5° Une observation intitulée : *contracture de la portion musculaire du canal de l'urèthre, calcul vésical. — Taille latéralisée. — Guérison,* par le Dr Cauvy (de Béziers). —Renvoyée à la commission chargée d'examiner les titres des candidats aux places de membre correspondant national.

6° Observation d'*ostéomyélite* de M. Millot Carpentier. (Rapporteur, M Richelot).

A propos du procès-verbal.

Désenclavement du nerf radial.

M. Delens. A propos du désenclavement du nerf radial, je rappellerai que M. Lablancherie dans la thèse sur *l'enclavement du nerf radial dans le cal de l'humérus* (1879), reproduit l'observation de M. Ollier (1865), celle de M. Tillaux (1878) et la mienne (1879). Il cite en outre une observation d'Ogston, publiée dans le *British med. journal*, 21 avril 1877. Dans ce dernier cas, malgré le désenclavement du nerf, le retour des fonctions fut à peu près nul.

Rapport

Sur une observation de M. Roustan (de Montpellier), sur un cas de *fibrome développé dans la lèvre postérieure du col utérin, ligature élastique avec l'aide du tube du Gooch, guérison.*

par M. Desprès.

L'auteur rapporte qu'il s'agissait d'un énorme fibrome placé dans l'épaisseur de la lèvre postérieure du col, il en fit l'ablation par la ligature élastique, après avoir employé les tubes de Gooch pour passer le fil. Ce fait ne présente rien de particulier, il s'agissait probablement d'un polype utérin ordinaire sortant par le col.

Je propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son observation dans les archives.

Discussion.

M. Pozzi. M. Desprès semble croire à une erreur de diagnostic, cependant on peut rencontrer des polypes fibreux qui ont leur origine dans le col, j'en ai observé un cas dans lequel le polype était volumineux. Dans les polypes de ce genre, recouverts par une couche du tissu du col, à la ligature je préfère l'énucléation. On incise d'abord la couche superficielle, puis arrivé sur la tumeur on l'énuclée avec le doigt ou une spatule; en un mot dans les tumeurs interstitielles du col c'est l'énucléation qui convient.

M. Desprès. L'observation ne montre pas qu'il s'agissait d'un polype interstitiel, mais plutôt d'un polype commun.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Rapport

Sur une note de M. Philippe (de Saint-Mandé) relative à une *boîte gouttière à suspension pour le traitement des fractures*,

par M. Desprès.

Cet appareil, sorte de gouttière, ne diffère pas beaucoup des autres appareils hyponarthéciques connus, et il exige que le chirurgien surveille chaque jour la coaptation, afin d'éviter le déplacement des fragments ; la contention n'est donc pas suffisante.

Je propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son travail dans les archives.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Rapport

Sur une observation de M. Piedvache (de Dinan) relative à une *fracture du pubis avec rupture de la portion membraneuse de l'urèthre*,

par M. Desprès.

Un homme de 24 ans, en voulant arrêter un cheval emporté, fit une chute sur le siège, il en résulta une fracture du pubis et une rétention d'urine. On pensa à une rupture de l'urèthre malgré l'absence de tumeur périnéale et d'hémorrhagie, ce qui a lieu de surprendre ; le cathétérisme échoua.

Deux jours après l'accident, M. Piedvache ayant essayé encore en vain le cathétérisme avec des sondes variées, fit une boutonnière périnéale, mais il ne put trouver le bout postérieur du canal.

Le lendemain alors il fit la taille hypogastrique afin d'essayer le cathétérisme rétrograde, et put introduire dans le col de la vessie une sonde en caoutchouc rouge, qui sortit par la plaie du périnée. La plaie de la vessie fut suturée, mais la suture échoua ; plus tard il survint un abcès urineux à la cuisse gauche et une fièvre uréthrale tardive et longue ; enfin le malade guérit.

Cette observation présente plusieurs points obscurs, les indications du traitement suivi ne paraissent pas précises, on peut douter du diagnostic rupture de l'urèthre, car il n'y eut ni hémorrhagie, ni tumeur au périnée.

Je pense qu'il eût suffi de faire l'incision du périnée et d'attendre ; du reste le malade a guéri.

Je propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son observation dans nos archives.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Rapport

Sur un travail de M. Guermonprez (de Lille) intitulé *troubles snerveux consécutifs à une fracture du crâne,*

par M. Perier.

Un chauffeur, dans une collision, est retrouvé sans connaissance sous un monceau de colis et de débris des plus variés. Il revient lentement à lui et se plaint alors de vives douleurs dans le côté gauche de la tête, il a des nausées incessantes, et le moindre mouvement provoque des vomissements bilieux. Pouls presque imperceptible. Algidité qui résiste longtemps au réchauffement artificiel. Besoin vivement exprimé de repos.

On reconnut, au premier examen, une plaie de 6 centimètres le long du bord externe de l'orbite et se prolongeant verticalement sur le front. Au fond de la plaie et sur toute sa longueur l'os dénudé est le siège d'une fracture évidente. Cette plaie fut suturée, et disons de suite qu'elle guérit par première intention en laissant une cicatrice adhérente à l'os.

Le lendemain de l'accident, 21 janvier 1881, la réaction est médiocre, le blessé est transporté de la gare de Chocques où avait eu lieu la collision, à Béthune, où il est placé à l'hôpital, dans le service du Dr Dansou.

Le trajet de 6 kilomètres s'est effectué par un froid de 15°, mais le blessé avait été entouré de soins minutieux, bonne literie, bon chauffage pendant le transport.

Le soir de ce jour, les vomissements cessèrent et une amélioration générale s'en suivit.

Cette amélioration se maintient pendant les semaines suivantes; on assiste à la réparation d'une large plaie du cuir chevelu, qui avait passé inaperçue dans la première journée. L'œil gauche, qui est le siège d'un épanchement sanguin, est fort peu douloureux.

Le blessé quitte l'hôpital de Béthune après deux mois de séjour. Les blessures sont guéries, mais il est plus souffrant; il accuse une céphalalgie et une douleur lombaire tenaces; son œil gauche est perdu, l'ouïe est affaiblie; les fonctions de nutrition sont bonnes. Cependant elles ne tardent pas à être troublées par suite de la persistance et de l'aggravation des douleurs précitées, qui

elles-mêmes sont moins localisées, et s'irradient dans les membres. Enfin, l'affaiblissement devient tel que quatre mois après l'accident cet homme pâle, amaigri, marche avec peine, et est pris de lipothymies dès qu'il reste un peu longtemps debout.

M. Guermonprez, qui a employé successivement ou simultanément les alcalins, le bromure de potassium, le quinquina, les amers, les révulsifs, sans en obtenir un résultat appréciable, a recours alors aux émissions sanguines.

Les saignées paraissent avoir été faites invariablement à la tempe gauche avec la sangsue artificielle de Heurteloup. Sauf une fois où la sangsue ordinaire fut employée, et produisit moins de soulagement. Ces saignées locales furent renouvelées à des intervalles très irréguliers, quelquefois tous les jours, d'autres fois avec des intervalles plus grands pouvant aller jusqu'à une dizaine de jours. En cela notre confrère se laissait guider par les indications. En effet, chaque émission sanguine était suivie de la disparition de la douleur de tête et de la douleur lombaire, et l'amélioration se maintenait pendant un temps qui a varié depuis douze heures jusqu'à dix jours.

Aucun des moyens employés spécialement ou concurremment ne semblo avoir produit un effet comparable. Les purgatifs, employés à petites doses ont dû être ahandonnés au bout de peu de temps en raison de la diarrhée q'uils avaient provoquée. On peut donc admettre que c'est aux émissions sanguines qu'est dû l'excellent résultat que vous avez constaté vous-mêmes lorsque M. Guermonprez vous a présenté son malade.

Nous devons voir dans ce fait un encouragement à nous servir plus souvent d'une méthode que dans les idées actuelles on a trop de tendance à mettre absolument de côté. Il nous montre encore quelles réserves nous devons toujours faire pour établir le pronostic lorsqu'il s'agit des conséquences plus ou moins éloignées des lésions du système nerveux central.

Je vous propose : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son travail dans nos archives ,

2° De l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des membres correspondants nationaux.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Rapport

sur une note de M. le professeur Folet (de Lille), concernant un *mode de suture osseuse dans l'amputation ostéoplastique du pied*,

par M. Le Fort.

M. le docteur Folet, professeur à la faculté de l'État, à Lille,

vous a adressé une note que je vous ai transmise dans l'avant-dernière séance ; mais comme nos règlements nous imposent pour en donner connaissance, l'obligation d'un rapport, je viens brièvement accomplir la seconde partie de ma mission.

« J'ai, dit M. Folet, pratiqué deux fois depuis un an, dans mon service, à l'hôpital Saint-Sauveur, l'amputation ostéoplastique du pied proposée par M. Le Fort, j'ai eu deux guérisons avec des résultats locaux, absolument merveilleux. »

Rappelant ce passage d'une communication faite par moi, il y a quelque temps devant notre Société et dans lequel je disais que, si pour maintenir en contact les deux surfaces osseuses du tibia et du calcanéum, on pouvait faire la suture osseuse, cependant, je n'avais pas eu recours à cette suture. M. Folet nous apprend que dans une de ses deux opérations, il a fait la suture osseuse et qu'il en a été très satisfait.

Voici le procédé employé par M. Folet : Une fois l'opération terminée, il perfore obliquement le calcanéum et le tibia à l'aide d'un foret rotatoire, et, par le canal ainsi créé, il passe un gros fil métallique qui, traversant la peau du talon, puis le calcanéum un peu obliquement de bas en haut et d'arrière en avant, puis la partie antérieure du plateau tibial, vient ressortir à travers la peau de la face antérieure de la jambe, à trois centimètres au-dessus de la plaie. « Le fil métallique est terminé d'un côté par une rondelle de plomb de la grandeur d'un sou, au centre de laquelle il est fixé, et qui vient s'appliquer sur la peau du talon. Sur l'autre extrémité du fil qui émerge du tibia à travers la peau, on enfile d'abord une seconde rondelle de plomb qui vient s'appliquer sur la peau de la jambe, puis un tube de Galli que l'on écrase après avoir rapproché les parties, l'écrasement du tube maintient les plateaux osseux en contact en faisant subir aux parties molles le degré précis de striction que désire l'opérateur. »

M. Folet croyait avoir imaginé cette suture, lorsque, dit-il, un de ses collègues lui a dit que cette suture avait été décrite depuis deux ou trois ans par M. Pozzi ; M. Folet a été induit en erreur, le mode de suture qu'il a employé est, on peut le dire, la suture en bouton de Bozemann, employée comme moyen de rapprochement et de soudure de deux surfaces osseuses.

L'ingénieux procédé de M. Pozzi, employé en 1880, pour réunir les fragments réséqués d'une pseudarthrose, a été imaginé pour faciliter l'extraction du fil d'argent lorsque la réunion a été effectuée.

En effet, d'ordinaire, le fil dans la partie qu'on a tordue pour assurer la réunion, se trouve à ce moment perdu au fond de la plaie, et il est difficile d'arriver jusqu'à l'anse pour le sectionner avec les

ciseaux. M. Pozzi engagea les fils dans un tube de plomb qui, traversant les tissus, s'appuyait sur l'os par une de ses extrémités, et par la plus grande partie de sa longueur, était libre à l'extérieur. Les deux chefs du fil réunis étaient ensuite passés dans un second tube de plomb continuant en quelque sorte le premier, et il suffisait d'écraser ce second tube agissant comme celui de Galli pour assurer la fixité de l'anse, de telle sorte qu'une fois le cal osseux formé, il suffit de couper le premier tube près de son extrémité libre pour le retirer, et rendre la liberté au fil d'argent, qu'on retire d'autant plus facilement qu'il n'a subi aucune torsion d'une partie sur l'autre.

Quoi qu'il en soit, l'objet de la note de M. Folet est l'emploi de la suture osseuse pour assurer le rapport exact du tibia et du calcanéum. Cette suture est-elle nécessaire ? Je ne le crois pas, car j'ai toujours pu m'en passer dans les opérations déjà assez nombreuses que j'ai pratiquées. Est-elle utile? Je suis tout prêt à l'admettre, car il faut beaucoup de précautions dans les premiers jours pour assurer la permanence du contact, et la présence d'une suture osseuse est, certes, une puissante garantie contre tout mouvement.

Toute la question est de savoir si la suture n'a pas des inconvénients qui annihilent ou dépassent ses avantages. Les inconvénients sont de pouvoir être, dans toutes les sutures osseuses, une cause d'irritation et parfois, souvent même, de nécrose partielle. Dans l'espèce, j'aurais été à priori d'autant moins partisan d'une suture traversant la peau du talon, que la conservation du talon intact et absolument intact comme base de sustentation, a été pour moi le point de départ à peu près unique des recherches qui m'on amené à imaginer mon procédé d'amputation, j'aurais craint l'existence d'une cicatrice même minime à la face plantaire du talon. Le résultat obtenu par M. Folet et d'autres, dont il me reste à parler, tendraient à faire croire que mes craintes sont exagérées.

Vous savez, Messieurs, que les chirurgiens allemands emploient assez volontiers aujourd'hui non plus des sutures, mais des clous d'acier pour assurer la coaptation et la fixation de deux surfaces osseuses dont on veut obtenir la soudure, dans les résections et même dans les fractures compliquées. Le clou d'acier est de même employé dans l'amputation ostéoplastique du pied, et je vous demande la permission de reproduire une note que m'a remise à ce sujet M. Chaput, mon interne, qui vient de passer trois mois dans les hôpitaux de l'Allemagne.

« Nous avons pu voir à Berlin, dans le service de M. Hahn, quatre opérés d'amputation ostéoplastique du pied, par la méthode

de M. le professeur Le Fort, chez lesquels la pointe avait été employée. Les résultats étaient excellents. La marche ne laissait rien à désirer, et on ne voyait même pas à la peau du talon la moindre trace du passage du clou d'acier. Voici comment M. Hahn avait employé la pointe dans ces cas : après la section du calcanéum et celle des os de la jambe, lorsqu'il ne s'agit plus que de fixer le calcaneum au tibia, on pratique une petite ouverture à la peau de la face inférieure du calcanéum. En ce point, on introduit un *drill*, qui, après avoir perforé le calcanéum, vient s'enfoncer dans le tibia paralèllement à son axe et aussi près que possible de cet axe. L'instrument est retiré et on enfonce alors, à *coups de marteau*, le clou dans le calcanéum et dans le tibia. On panse alors au Lister. La pointe est laissée en place pendant un mois environ. On l'enlève alors sans difficulté. Nous n'avons été témoins que des résultats, nous avons vu les malades guéris, mais M. Hahn nous a affirmé qu'il obtenait presque toujours la guérison par première intention, et sans abcès d'aucune sorte. On ne pouvait distinguer sur la peau du talon aucune citatrice appréciable qui pût révéler l'emploi de la pointe. »

M. Chaput a bien voulu me rapporter deux échantillons de ces pointes telles que les emploie également M. Bardeleben. Les voici : ce sont d'énormes clous dont l'un a 10 centimètres de longueur sur 2 millimètres de diamètre, l'autre 11 centimètres sur un diamètre do 3 millimètres. Ils sont en acier, très aigus et à pointe quadrangulaire, parfaitement polis, et l'on peut s'étonner de voir des corps métalliques aussi volumineux, bien supportés par les os et les parties molles.

Mais après tout, l'expérience prime le raisonnement et je ne serais pas éloigné d'assurer dans une de mes futures opérations, le rapport exact du tibia et du calcanéum par une fixation directe. Il est à peine besoin d'ajouter que pour ce qui me concerne, malgré les faits observés par M. Chaput dans le service de M. Hahn, je ne commencerai pas par l'emploi du clou et que je débuterai par l'emploi de la suture qu'a pratiquée M. Folet et dont il a obtenu un si parfait résultat.

Je vous proposo donc, Messieurs, le renvoi au comité de publication de la note de M. Folot.

Discussion.

M. Verneuil. Je ne parlerai pas du procédé opératoire, mais de l'utilité qu'il peut y avoir de fixer les os.

Jamais je n'ai eu l'occasion de pratiquer le procédé de Pirogoff, ni celui de M. Le Fort, mais peut-être la suture des os serait-

elle utile dans ces opérations. Voici un fait qui semble le démontrer.

M. Terrillon a fait dans mon service l'opération de M. Le Fort à un homme de 50 ans ; la cicatrisation s'est faite régulièrement, mais le fragment du calcanéum ne s'est pas soudé au tibia, il est resté flottant et un peu incliné en dehors, il se renverse même dans la marche. Peut-être cet inconvénient pourrait-il être corrigé au moyen d'un appareil prothétique prenant son point d'appui sur l'ischion.

Dans ce cas le résultat obtenu a été le contraire de ce que l'on cherchait.

J'ai cru devoir signaler ce fait, d'autant plus que M. Le Fort n'a jamais observé cette conséquence de son opération.

M. Lucas-Championnière. Il serait intéressant de savoir depuis combien de temps étaient opérés les malades de M. Hahn lorsque M. Chaput les vit.

Quant à la suture métallique je suis disposé à la faire,mais peut-être avec des instruments moins volumineux.

M. Desprès. Il serait utile de comparer le temps qu'ont mis à guérir les malades de M. Le Fort et ceux de M. Hahn; ce dernier a-t-il obtenu une réunion immédiate.

En tout cas l'emploi des clous d'acier est contraire aux notions classiques; la présence de corps étrangers dans les os est mauvaise et amène de la suppuration, c'est ce que j'ai vu dans les sutures du maxillaire.

M. Lucas-Championnière. Le fait du séjour des corps étrangers dans les os sans suppuration consécutive est commun aujourd'hui, des corps étrangers peuvent même disparaître, s'ils sont en os par exemple.

La formation d'un séquestre n'est pas le fait habituel; là encore se montrent les différences entre la chirurgie qui suppure et celle qui ne suppure pas.

Mais il est bon de savoir si les clous employés par M. Hahn donnent une guérison plus rapide.

M. Périer. J'ai fait il y a six mois à un malade atteint de fracture de cuisse une suture du fémur, lorsque je voulus enlever le fil de fer, celui-ci se brisa et le malade n'a ressenti aucun inconvénient de l'abandon du corps étranger dans son os.

M. Trélat. Le fil de fer en s'oxydant dans les tissus est exposé à se casser; je me demande s'il n'y aurait pas avantage à rem-

placer par des vis en argent ou en or, ces clous d'acier qui rappellent les expériences de Troja sur le canal médullaire.

Quoi qu'il en soit, il est admis aujourd'hui que ces corps étrangers peuvent être bien supportés.

M. Chauvel. La suture dont parle M. Folet a été déjà employée par M. Pasquier à Metz pendant la guerre de 1870.

M. Desprès. M. Bérenger Féraud, dans son *Traité de l'immobilisation des fragments osseux*, publié en 1870, a parlé de la *rivure des fragments*, sorte de suture faite avec des clous métalliques, les fragments osseux ayant été taillés en biseau (p. 263, 313).

Quant au séjour des corps étrangers je ne conteste pas qu'il puisse exister sans accidents, mais je dis que si on peut guérir sans leur emploi, cela est préférable ; d'autant plus qu'après l'amputation du pied la soudure des os est la règle.

M. Le Fort. M. Folet n'ignorait pas le mode de suture de M. Pasquier d'Évreux, car il en parle dans sa note et il dit même que M. Pasquier avait mis son appareil à sa disposition ; mais la suture de M. Pasquier est toute différente de la suture à double bouton qui n'est après tout que le *button suture* de Bozeman appliqué aux os. Celle de M. Pasquier consiste en un fil métallique traversant le calcanéum et le tibia, arrêtée au devant de la jambe par une plaque ; mais fixée au niveau du calcanéum sur un petit treuil dans le but, dont il est difficile d'apprécier l'utilité, de pouvoir augmenter ou diminuer, pendant la durée du traitement, la tension du fil.

Je répondrai à M. Desprès qu'on ne peut juger ensemble la suture de la mâchoire et celle des os longs. Dans la première il y a toujours sortie d'une esquille, tandis que dans les os longs la suture ne s'accompagne pas de nécrose.

Le temps nécessaire à la soudure des os est variable, j'ai obtenu la réunion du calcanéum et du tibia en 20 jours, mais il faut empêcher les mouvements des os, ce qui est quelquefois difficile. Quelquefois le calcanéum glisse en arrière, il faut pour éviter cet inconvénient prendre de grandes précautions, surtout au moment des pansements. Ce déplacement s'est présenté dans le cas cité par M. Verneuil, mais cette observation est exceptionnelle.

Quand les surfaces osseuses en contact sont larges, la soudure est la règle.

Jusqu'aujourd'hui, j'ai été retenu dans l'emploi des sutures osseuses par le désir de ménager la peau sur laquelle le malade doit s'appuyer, mais les faits nouveaux dans lesquels la suture

osseuse a été employée avec succès m'engagent à la pratiquer, ce que je ferai à la première occasion.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Discussion sur l'induration des corps caverneux.

M. Trélat. J'ai observé deux fois en 1867 et en 1869, l'induration des corps caverneux.

Le premier malade était un homme de 50 ans, qui avait une induration occupant la partie médiane de la face dorsale de la verge; elle ne déterminait aucune douleur, seulement de la gêne dans l'érection; l'emploi d'une pommade à l'iodure de potassium resta sans effet.

Le second malade était plus vieilli, il n'avait pas d'érections, l'induration, qui était considérable, amenait une déformation de la verge à convexité inférieure; un traitement de 3 à 4 mois par les pommades, l'enveloppement, les bains de vapeur, resta sans effet. Je ne sais si le malade était diabétique.

Ainsi dans ces deux faits il s'agissait d'une affection non douloureuse, gênant l'érection et qui n'a pas cédé au traitement.

M. Monod. J'ai vu un malade âgé de 60 ans qui portait sur la ligne médiane de la verge une induration losangique ressemblant au chaton d'une bague, qui gênait l'érection en amenant une courbure de la verge à concavité supérieure. Ce malade n'était pas goutteux et il n'y avait rien dans ses urines.

M. Le Fort. J'ai observé trois fois des indurations situées sur les parties latérales de la verge dans l'épaisseur du corps caverneux; les malades avaient 37 ans, 40, 45 ans. Du reste ces indurations latérales ont été décrites par Boyer sous le nom de *nœuds de la verge*. Chez mes malades, l'iodure de potassium, la teinture d'iode, les cataplasmes restèrent sans effet, chez l'un deux la lésion disparut spontanément; en tout cas le traitement est d'une longue durée.

M. Desprès. Puisque l'on parle des nœuds de la verge, je dirai que j'en ai observé deux cas; l'un se trouve reproduit dans un mémoire de Dransart (de Lille), le malade à la suite d'un rétrécissement de l'urèthre, dut subir l'uréthrotomie externe sans conducteur; on trouvait sur l'urèthre deux nœuds dus à une sclérose du tissu spongieux. Dans le second cas, un rétrécissement de l'urèthre s'accompagnait également d'un point de sclérose du corps caverneux, due à une inflammation de voisinage.

Chez les personnes âgées, ces indurations ont peut-être une autre cause que l'uréthrite.

M. Verneuil. Dans ma communication je n'ai pas fait allusion aux cas dont il est question en ce moment. Mes malades ne présentaient aucun accident vénérien, et l'on ne doit pas confondre la phlébite du corps caverneux avec cette affection spéciale caractérisée par une induration qui, dans mes observations, occupait d'abord la ligne médiane de la face dorsale de la verge, puis s'étendait profondément et latéralement. Dans ces cas il n'y a pas d'inflammation du tissu spongieux de l'urèthre, des corps caverneux; l'induration me paraît analogue à celle qu'on rencontre aux aponévroses palmaires et plantaires chez les goutteux.

M. Trélat. Je dirai, avec M. Verneuil, que chez mes malades il s'agissait d'une induration spéciale.

M. Verneuil. Je n'ai pas voulu faire l'histoire de toutes les indurations des corps caverneux. J'ai observé des malades qui avaient une induration à siège fixe; sur 4, 3 étaient diabétiques; j'ai recherché quelle pouvait être l'étiologie de cette affection et quel traitement lui convenait. Je pense que cette lésion est d'origine goutteuse, mes malades étaient arthritiques et diabétiques.

Lectures.

M. Poulet lit une *note sur l'ostéite tuberculeuse.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Chauvel, Lannelongue et Nicaise, rapporteur.

M. Schwartz lit une observation de *goitre polykystique, thyroïdectomie, guérison.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Delens et Richelot, rapporteur.

La séance est levée à 5 heures 15.

Le Secrétaire,

Nicaise.

Séance du 27 décembre 1882.

Présidence de M. Labbé.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine.* — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie.* — *Lyon médical.* — *Gazette médicale de Strasbourg.* — *Revue scientifique.*

3° *Gazette de santé militaire de Madrid.* — *British medical.* — *Annales de médecine et de chirurgie de New-York.* — *Gazette médicale italienne-lombarde.* — *Chronique médico-chirurgicale de la Havane.* — *L'École de médecine de Mexico.*

4° Rapport de l'*Enseignement de l'odontologie en Angleterre,* par le Dr Galippe.

5° Appareil de l'élytro-ptérigoïde, par le Dr Chassagny, de Lyon.

6° Un mémoire de M. Mourgues, intitulé : *Modifications à apporter à certaines opérations de hernies étranglées.* (Commission : MM. Richelot, Delens et Nepveu.)

7° Un mémoire intitulé : *De la dilatation préalable de l'urèthre dans l'opération de la fistule,* par M. le Dr Villeneuve, de Marseille. (Commission : MM. Terrier, Sée et Polaillon.)

A propos du procès-verbal.

Résections osseuses pour l'ablation des polypes du nez.

M. Trélat. M. le Dr Desprez, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin, ayant lu dans les journaux le récit incomplet de l'opération que j'avais pratiquée sur le malade que je vous ai montré dans la séance du 13 décembre dernier, pensa que cette opération était la même que celle qu'il avait préconisée dans sa thèse inaugurale soutenue le 25 août 1857.

Nous sommes entrés en correspondance à ce propos et M. Desprez a bien voulu reconnaître que les deux opérations présentent

de notables différences. M. Desprez trace une incision pénétrant jusqu'à l'os en contournant le nez depuis la sous-cloison jusqu'à l'os propre du côté correspondant. Il pénètre dans la narine, détache la sous-cloison, coupe verticalement le cartilage triangulaire et, à l'aide d'une étroite cisaille de Liston, sectionne le vomer sur le plancher des fosses nasales et à sa partie supérieure. Les deux narines forment une cavité commune qui permet d'agir assez aisément dans la profondeur. Si cela ne suffit pas, on peut agrandir en dehors le bord de l'ouverture à l'aide de la gouge.

Dans l'opération que j'ai exécutée, l'incision des parties molles suit le même trajet dans sa partie inférieure, mais elle remonte beaucoup plus haut, puisqu'elle se trouve à l'extrémité interne du sourcil. La section des os est encore plus différente ; je ne touche ni à la cloison cartilagineuse, ni au vomer, mais j'ouvre un large accès aux dépens du sinus maxillaire et de la paroi externe des fosses nasales. Je sectionne verticalement et près de son congénère l'os propre du nez avec la cisaille de Liston ; avec la même cisaille je divise le maxillaire supérieur, le frontal et l'ethmoïde au niveau de leur union orbitaire ; je détache le périoste de l'orbite et je relève l'œil en dehors et en haut. Je porte alors la scie de Larrey dans la narine, son tranchant regardant horizontalement en dehors et je scie la partie antérieure du sinus dans toute son étendue. Un second trait vertical de la même scie, coupant la face inférieure de l'orbite, son bord antérieur et la face antérieure du sinus, tombe perpendiculairement sur la première. On enlève sans résistance les parties sectionnées et on peut alors pénétrer largement dans tous les sinus, ce qui était nécessaire chez mon malade.

Je vous ai montré combien la réparation obtenue par la réunion primitive avait été heureuse et rapide. Elle était satisfaisante à ce point que notre collègue, M. Chauvel, me demanda si je n'avais point conservé, par une résection temporaire, la paroi antérieure du sinus. J'avais bien enlevé cette paroi, mais comme les parties molles avaient conservé leur périoste et que, d'ailleurs, elles restaient sous-tendues par les limites peu écartées des diverses sections osseuses, elles étaient, au bout de treize jours, fermes et résistantes comme si elles avaient reposé sur un plan osseux.

Il ressort de ces détails que les deux opérations, celle de M. Desprez et la mienne [1] ne sont nullement identiques, qu'elles

[1] Quand j'appelle mienne cette opération, c'est une manière abrégée de m'exprimer. J'avais déjà dit à la Société que cette opération n'était pas décrite dans les traités de médecine opératoire. Le fait est exact. Il est probable qu'elle a été pratiquée par Michaux, de Louvain, et Vallet, d'Orléans, mais leurs descriptions manquaient de précision. C'est pour ce motif que j'y suis revenu.

intéressent et atteignent des portions d'organes différentes, et c'est pour ce motif qu'elles peuvent être, l'une et l'autre, utiles suivant l'indication qui se présente. Quant à moi, j'ai toujours enseigné avec conviction que l'excellence de l'art ou de la pratique consisterait à connaître toutes les ressources thérapeutiques ou opératoires et à les appliquer avec discernement suivant des indications rigoureusement établies.

Voilà pourquoi j'ai tenu à rapporter devant vous l'opération qui avait été proposée, il y a vingt-cinq ans, par M. Desprez, de Saint-Quentin.

D'ailleurs, la thèse de M. Desprez est loin d'être inconnue à la Société de chirurgie. Elle nous a été présentée en avril 1860 et plus tard, en 1873, M. Verneuil l'a citée de nouveau avec honneur dans une importante communication où il revendiquait les droits des chirurgiens français méconnus à tort par un jeune et, tout au moins, imprudent confrère d'Allemagne.

Rapport

Sur un travail de M. le Dr Galezowski, intitulé : *De la nécessité d'abandonner l'excision de l'iris dans l'extraction de la cataracte et de revenir à l'ancienne méthode française,*

par M. Terrier.

Le titre de ce travail, comme vous pouvez le remarquer, renferme deux propositions, savoir :

1° La nécessité de l'abandon de l'iridectomie dans l'extraction de la cataracte ;

2° L'utilité de revenir à la méthode ancienne française, c'est-à-dire à la pratique qui consiste à tailler un grand lambeau cornéen pour extraire le cristallin opaque.

Si nous avions eu à formuler la même idée, nous aurions commencé par préconiser la taille du grand lambeau, pour y ajouter la suppression de l'iridectomie. Les deux propositions sont en effet connexes, mais il nous paraît plus logique de les présenter dans un ordre déterminé, la taille du lambeau permettant l'abandon de la résection ou de l'excision partielle de l'iris, comme il est facile de s'en rendre compte.

Dans la méthode à lambeau de Jacobson [1], mais surtout dans la

[1] *Ein Neues u. gefahrloses Operations-Verfahren zur Heilung des Grauen Staares,* Berlin. 1863.

méthode dite *linéaire combinée* ou de A. von Græfe [1], l'iridectomie était et est restée une véritable nécessité opératoire; sans cette excision, le cristallin ne sortirait que fort difficilement en contusionnant l'iris et en l'entraînant mécaniquement, c'est-à-dire en exposant aux hernies et aux synéchies antérieures. De plus, s'appuyant sur les résultats extraordinaires fournis par l'iridectomie dans le glaucome aigu, on admit toujours, avec A. von Græfe, que cette opération prévenait les accidents inflammatoires consécutifs à l'extraction.

L'iridectomie n'avait donc pas un simple but mécanique, elle était encore antiphlogistique, d'où son importance; aussi l'acceptait-on sans conteste et, on peut le dire, comme un véritable article de foi, malgré quelques protestations, en particulier celles de von Hasner.

Les choses se modifièrent quelque peu lorsque surgirent les transformations de la méthode linéaire de A. von Græfe.

A l'incision linéaire, ou presque linéaire périphérique faite dans le limbe scléro-cornéen, furent substituées des incisions toujours périphériques, mais surtout dans la cornée; il y avait là déjà les éléments d'un petit lambeau, tels sont les procédés anglais de Critchett et Bowman, nous ne ferons que les signaler ici.

Bientôt ces lambeaux devinrent plus étendus (Liebreich [2], Warlomont et Lebrun [3], Maurice Perrin [4], de Wecker [5]), et alors seulement les opérateurs discutèrent la valeur de l'iridectomie. Quelques-uns, quoique suivant les préceptes de A. von Græfe, l'avaient déjà très réduite, Sichel fils, par exemple; d'autres la regardèrent comme facultative (Maurice Perrin); d'autres, enfin, la crurent nuisible et l'abandonnèrent (Liebreich, Lebrun et Warlomont, de Wecker).

En fait, comme le savent parfaitement tous les ophthalmologistes et tous les chirurgiens, en revenant peu à peu à la taille des lambeaux, c'est-à-dire en retournant peu à peu vers la méthode dite de Daviel, on abandonna l'iridectomie ou on s'efforça de supprimer ce temps de l'opération de la cataracte.

Donc, comme Liebreich, comme Maurice Perrin, comme Lebrun et Warlomont, comme de Wecker, comme Michel, de Strasbourg, et bien d'autres encore; mais après eux, M. Galezowski propose à

[1] Clinique ophthalmique. *Extraction de la cataracte par le procédé linéaire*, Paris, 1866 (trad. Ed. Meyer).

[2] *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie*, t. VI, 1867 et *Ein neue methode der cataract extraction*, Berlin, 1872.

[3] *Annales d'oculistique*, t. LXVIII, p. 11, 1873, et t. LXXI, p. 1, 1874.

[4] *Bulletin de la Société de chirurgie*, 2 avril 1873.

[5] *Annales d'oculistique*, t. LXXIII, p. 264, 1875.

son tour d'abandonner l'iridectomie, en même temps qu'il substitue la taille d'un lambeau à la section linéaire.

Après avoir préconisé l'incision linéaire latérale avec iridectomie [1] (1871), après avoir affirmé que l'extraction linéaire de A. von Græfe, un peu modifiée par les Anglais, c'est-à-dire faite plus dans la cornée « *assure les succès les plus complets* [2] »; après avoir inventé un second nouveau procédé, avec iridectomie et incision cornéenne en bas [3], procédé qui, *en ville,* donne 100 0/0 de succès [4]; après avoir même perfectionné ce second nouveau procédé en faisant l'incision plus large et en haut [5] (1878-1880) [6]; l'auteur l'abandonne complètement aujourd'hui.

Pourquoi ce brusque changement? C'est que, dans ces derniers temps, M. Galezowski aurait eu des insuccès opératoires; examinons-les, toujours d'après les documents que nous fournit l'auteur, grâce à ses très nombreuses publications.

Au congrès de Londres [7], c'est-à-dire le 4 août 1881, lors de la discussion à propos de l'emploi de la méthode antiseptique en ophthalmologie, M. Galezowski accuse cinq phlegmons de l'œil sur 93 opérés. D'un autre côté, son chef de clinique, M. Despagnet, note cinq phlegmons sur 209 cas [8], et il fait remarquer qu'on avait cependant usé du spray phéniqué dans ces opérations.

En fait, est-ce cinq phlegmons sur 93 cas ou sur 209 cas? Y a-t-il eu 10 phlegmons sur 93+209 cas? Il nous est impossible de le savoir en consultant les publications de M. Galezowski, d'autant que dans le mémoire qui vous a été lu, l'auteur accuse lui-même non plus cinq, mais sept *iritis suppuratives* (*sic*).

Quoi qu'il en soit, M. Galezowski a vu se développer des phlegmons oculaires, et cela malgré l'usage méthodique des antiseptiques, malgré l'emploi du spray phéniqué, ce qui, par parenthèse, a lieu de nous surprendre si nous tenons compte des assertions de l'auteur lui-même [9]. Il nous affirme, en effet, que la

[1] *Gazette des hôpitaux*, p. 142, et *Ann. d'ocul.*, t. LXVI, p. 102, 1871, et *Recueil d'ophthalm.*, 1re année, 1871, p. 37.

[2] *Recueil d'ophthalm.*, 1re année, 1871, p. 40.

[3] *Recueil d'ophthalm.*, t. I, 357, 1873-74. — *Nouvelle modification du procédé d'extraction de la cataracte.*

[4] *Congrès de Clermont-Ferrand,* 21 août 1876.

[5] *Recueil d'ophthalm.*, p. 117, 1878. — *Perfectionnement du procédé opératoire de la cataracte.*

[6] *Recueil d'ophthalm.*, p. 129, n° 3, 1880. — *Étude sur les cataractes.* — Il propose ce procédé pour les cataractes diabétiques et aurait eu 31 succès sur 32 opérations (p. 483-484).

[7] Congrès de Londres, in *Recueil d'ophthalm.*, p. 606-607, 1881.

[8] Compte rendu de la clinique, du 1er juillet 1880 au 1er juillet 1881, in *Recueil d'ophthalm.*, p. 171, 1882.

[9] *Recueil d'ophthalm.*, p. 269, 1882.

méthode antiseptique et l'usage du spray préviennent et même *guérissent* les kérato-iritis suppuratives qui peuvent succéder à l'opération de la cataracte.

Avant l'emploi des antiseptiques, l'auteur accuse *un* phlegmon oculaire dans le courant d'une année ; il utilise les solutions phéniquées et le spray, et il note dans le même temps non plus un, mais *cinq* phlegmons. Toutefois, l'auteur est un croyant et il conseille plus que jamais l'emploi de l'acide phénique.

En résumé, malgré deux procédés linéaires dits nouveaux et donnés tous deux comme excellents; malgré les antiseptiques et le spray, dont l'usage n'est pas moins excellent que l'emploi des précédents procédés, M. Galezowski a eu des phlegmons oculaires, 5, 7 ou 10 dans une année, on ne sait plus trop.

Il a donc abandonné ses méthodes pour en proposer une nouvelle que je vais essayer de vous décrire, et qui n'est autre qu'une variété de la méthode à petit lambeau.

Avec le couteau, celui de von Græfe probablement, et suivant le diamètre transversal de la cornée, ce qu'il ne dit pas, il fait la ponction et la contre-ponction à la limite scléro-cornéenne ; puis il taille un lambeau, supérieur ou inférieur, il ne le dit pas non plus; dont le sommet répond à deux millimètres du bord sclérotical.

Fait-il ensuite la discision de la capsule, ou bien celle-ci est-elle ouverte par le couteau après la ponction, procédé détestable selon nous ? M. Galezowski n'en dit absolument rien.

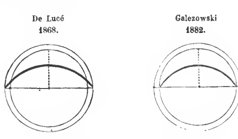
Exerce-t-on des pressions dans tel ou tel sens pour faire sortir le cristallin? même silence de l'auteur, qui se contente d'affirmer que la lentille sort facilement : « La pupille se dilate sous la pression du cristallin et laisse le passage libre, puis l'iris rentre tout seul à sa place, ou bien on le repousse à l'aide d'un stylet fin en argent. »

D'après M. Galezowski, quels sont les avantages de ce procédé, si succinctement décrit? « L'incision est tout entière dans la cornée; par cette disposition de l'incision, le lambeau cornéen est plus long que l'ancien de Daviel et il est moindre en hauteur, la plaie a la forme elliptique au lieu d'être sphérique, et, par conséquent, la coaptation en est plus facile et la cicatrisation plus rapide. »

Cette phrase, assez obscure, nous paraît devoir être modifiée de cette façon: « l'incision toute dans la cornée taille un lambeau dont la base est plus large que celle du lambeau de Daviel et dont la hauteur est moindre. » Cela est très vrai, aussi le procédé de M. Galezowski est-il un procédé à petit lambeau, comme bien d'autres. De plus, la forme du lambeau est demi-elliptique et non demi-circulaire, car on ne peut, surtout ophtalmologiste, comparer une ellipse à une sphère.

Tel est donc le nouveau procédé de M. Galezowski, encore n'est-il pas aussi nouveau que l'auteur paraît le croire, et ce fameux lambeau semi-elliptique a été taillé il y a quelque quatorze ans par M. L. de Lucé, de Vire[1].

M. de Lucé utilise un petit couteau de Beer étroit *ad hoc*, il pénètre selon le diamètre transverse de la cornée à 1/2 millimètre de la sclérotique, pour tailler un lambeau supérieur jusqu'à 2 millimètres ou 2 millimèttres 1/2 de l'extrémité supérieure du diamètre vertical de la cornée.



Tous les diamètres de la cornée sont doublés.

Tantôt il fait la discision de la capsule avec un instrument spécial, tantôt avec la pointe du kératotome; bien entendu, il ne parle pas d'iridectomie.

En fait, la seule différence qui paraisse exister entre les procédés de M. de Lucé et celui de M. Galezowski, c'est que dans ce dernier, la base du lambeau est un peu plus large d'environ 1 millimètre.

Ce lambeau demi-elliptique s'applique-t-il plus facilement qu'un lambeau demi-circulaire ? le fait paraît évident aux deux auteurs, nous avouons ne pas en être aussi persuadés. Enfin, et c'est là une question importante, l'iris entraîné par le cristallin, rentre-t-il toujours aussi bien qu'on l'affirme ? peut-il toujours être réduit par le stylet d'argent ? Ce serait le cas d'utiliser les instillations d'ésérine, mais M. Galezowski n'en dit pas un seul mot dans son court mémoire.

Voyons les résultats obtenus par cette méthode rajeunie :

Sur les quarante cas dont il donne un très court résumé M. Galezowski note comme accident :

1 retard de la cicatrisation de la plaie.

4 iritis, dont une grave qui a guéri et trois légères, enfin 2 hernies de l'iris ayant nécessité l'excision de cette membrane.

[1] *Des méthodes d'extraction de la cataracte et de l'extraction semi-elliptique* (nouveau procédé), Paris, 1868.

Or, en analysant ces très courtes observations, voici, au contraire, ce que nous trouvons :

Au lieu d'un retard dans la cicatrisation du lambeau il y en a cinq (obs. 4, 17, 22, 29 et 32) ; dans un cas même ce retard fut de 15 jours (obs. 4.)

A la place des 4 iritis ci-dessus signalés, je n'en trouve que trois (obs. 9, 26 et 27), dont deux avec exsudat pupillaire (obs. 9 et 26), d'ailleurs on n'a pas noté l'acuité visuelle de ces cas.

Au lieu de 2 hernies de l'iris il y en a 4 ; deux (obs. 4 et 32) avec synéchie antérieure, une peut-être sans synéchie (obs. 37,) une fut réduite avec l'ésérine (obs. 7.)

Enfin deux fois il y eut issue du corps vitré (obs. 2 et 23). Quels furent les résultats, au point de vue de l'acuité visuelle ? 10 fois seulement sur 40 cas on a noté cette acuité, de plus, l'auteur regarde comme de bons résultats un cas où il y avait un décollement rétinien (ob. 23), et un autre dans lequel le malade se sauva de la clinique au 6e jour (obs. 18).

En résumé, malgré l'incision semi-elliptique, il y a eu 5 cicatrisations difficiles du lambeau et l'absence d'iridectomie a donné lieu à 4 hernies de l'iris, dont deux au moins avec synéchies antérieures ; deux de ces hernies auraient nécessité même l'excision de l'iris, mais je n'en ai pas trouvé de traces dans le résumé des observations. Notons encore trois iritis dont une avec hypopyon. Ces résultats doivent-ils faire abandonner la méthode linéaire combinée, plus ou moins modifiée par les ophtalmologistes anglais, par exemple ? doivent-ils faire abandonner les procédés à petits lambeaux préconisés dans ces dernières années par MM. Liebreich M. Perrin, Lebrun, pour revenir à l'ancienne méthode de Daviel ou de Beer ? Nous ne le croyons pas, étant donnés le petit nombre de faits relatés par l'auteur et surtout l'absolue insuffisance de détails sur l'opération et sur les résultats obtenus.

Quoi qu'il en soit, j'ai l'honneur de proposer d'adresser des remercîments à l'auteur et de déposer son travail aux archives.

M. Desprès. Chaque fois qu'il a été question devant la Société des nouveaux procédés d opération de la cataracte, j'ai toujours pris la défense du procédé de Daviel, et je vois avec plaisir que l'on y revient aujourd'hui, et que M. Terrier se prononce en sa faveur ; les procédés dans lesquels on agit seulement sur la cornée sont préférables au procédé de de Graefe.

M. Terrier. Je ne me suis pas prononcé pour ou contre tel ou tel procédé, mais en faveur de ceux dans lesquels on taille un petit lambeau.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Rapport

Sur un travail de M. le Dr Cauvy (de Béziers), intitulé : *Contracture de la portion musculaire du canal de l'urèthre. — Calcul vésical. — Taille latéralisée. — Guérison,*

par M. Chauvel.

Un homme de 50 ans, robuste, à la fois lymphatique et nerveux, vient en juillet 1880 consulter le Dr *Cauvy* pour des troubles urinaires. Une attaque de coliques néphrétiques en 1865; une cystite aiguë avec hématurie en 1876, après dix ans d'un calme absolu, constituent ses seuls antécédents. Cependant, depuis cette dernière atteinte, les mictions sont plus fréquentes, impérieuses, souvent douloureuses, les urines parfois colorées. En raison des douleurs violentes que provoque l'introduction d'une sonde dans l'urèthre, le cathétérisme n'a jamais été pratiqué complètement.

Notre confrère n'est pas plus heureux à sa première tentative. Il réussit, il est vrai, le lendemain, grâce à l'emploi préalable des sédatifs, mais des contractions spasmodiques violentes l'obligent à retirer son cathéter presque immédiatement, sans avoir exploré la vessie d'une façon satisfaisante. Le traitement antispasmodique est continué, et le 26 août 1880 une exploration nouvelle permet d'affirmer qu'il n'existe pas de calcul vésical. Le Dr *Cauvy* conclut à l'existence d'une contracture essentielle de la portion musculeuse de l'urèthre et prescrit un traitement approprié.

Deux ans plus tard, en août 1882, notre confrère revoit son malade. Les troubles urinaires se sont reproduits depuis quelques mois, plus graves qu'en 1880, et leur intensité devient telle que, dans les premiers jours de novembre, une exploration vésicale est de nouveau considérée comme absolument nécessaire ; mais cette fois encore l'état de surexcitation nerveuse du patient rend le cathétérisme impossible. Force est de recourir à l'anesthésie. Grâce au chloroforme, le Dr *Cauvy* peut introduire une sonde Béniqué n° 4 (?) jusque dans la vessie et constater la présence d'un calcul dans le réservoir urinaire.

La sensibilité de l'urèthre ne permettant pas la lithotritie, la taille s'offrait comme la seule méthode de traitement applicable, bien que le volume de la pierre ainsi que sa nature fussent à peu près inconnus. Cette suprême ressource fut aisément acceptée par le malade. Pratiquée le 27 novembre, la taille périnéale latéralisée permit l'extraction d'un calcul de nature phosphatique ayant, dit l'observation, « le volume, la forme, et présentant les rugosités d'une grosse noix. »

Une hémorrhagie veineuse assez abondante vint seule compliquer l'opération. Elle fut victorieusement combattue par des injections d'eau froides additionnées d'eau de Léchelle. Les spasmes vésicaux très pénibles cessèrent au bout de deux heures, après l'expulsion d'une grande quantité de caillots sanguins. Dès lors, tout marche bien. La températuré ne dépasse pas 39°, et dès le sixième jour, elle était devenue normale, en même temps que l'urine reprenait cours par les voies naturelles. Actuellement le patient est complètement guéri; il urine par le canal facilement et sans douleurs. Il est vrai que l'opération ne remonte qu'à la fin du mois dernier.

Le Dr *Cauvy* fait suivre de quelques remarques la relation de ce fait de cystotomie. Et tout d'abord, abandonnant l'idée do spasmes essentiels, il ne lui semble pas douteux que la contracture douloureuse de l'urèthre n'ait été que la conséquence de l'affection calculeuse. La cystotomie et l'extraction de la pierre, en effet, ont fait disparaître les accidents. Pour remédier aux hémorrhagies veineuses abondantes qui ne cèdent pas aux injections froides astringentes, il conseille d'employer le moyen suivant imaginé par le professeur *Bouisson*, de Montpellier. Au lieu de tamponner la plaie périnéo-vésicale autour de la canule de Dupuytren, on commence par placer dans l'urèthre une sonde élastique de moyen calibre, introduite par le méat. Cette introduction, facilitée par le doigt servant de guide dans la partie postérieure de l'urèthre, dans la plaie, assure une libre issue de l'urine. C'est autour de cette sonde que des bourdonnets de charpie, soutenus par des compresses graduées ot un bandage en T, exercent sur les parties saignantes, la compression suffisante pour arrêter l'hémorrhagie.

Nous ne voyons pas en quoi ce mode de tamponnement est, comme le dit notre confrère, *bien supérieur* à celui que préconisait Dupuytren. Théoriquement, il paraît, au contraire, présenter de grands inconvénients. La voie suivie par l'urine est moins directe et les lavages de la vessie moins aisés si du sang se coagule dans sa cavité. Surtout une sonde de gomme est moins résistante qu'une canule métallique, et pour peu que la pression des tampons soit énergique, la sonde molle peut être aplatie, son calibre diminué ou effacé, et la sortie de l'urine devient par là difficile. Aujourd'hui que la poire à insufflation de *Guyon* a fait ses preuves comme agent d'hémostase, le tamponnement avec la charpie n'a plus sa raison d'être dans les cas de ce genre.

Je vous propose : 1° de déposer dans nos archives le travail de M. *Cauvy;* 2° d'inscrire l'auteur dans un rang très honorable sur la liste des candidats au titre de correspondant national.

Les conclusions du rapport sont mises aux voies et adoptées.

Elections.

La Société procède à l'élection des membres du Bureau pour l'année 1883.

Pour la présidence : 24 votants, majorité absolue 13.

Au premier tour, M. Guéniot obtient 22 voix, M. Désormeaux 1, 1 bulletin blanc.

M. Guéniot est élu président.

Vice-présidence : 25 votants, majorité absolue 13.

M. Sée obtient 11 voix, M. Desprès 10, M. Desormeaux 2, M. Cruveilhier, 2.

Aucun des noms n'ayant réuni la majorité des suffrages, il est procédé à un second tour de scrutin.

M. Desprès remercie ceux de ses collègues qui ont voté pour lui et les engage à reporter leurs voix sur M. Sée.

Au second tour de scrutin sur 27 votants, M. Sée obtient 20 voix, M. Desprès 4, M. Cruveilhier 2, M. Desormeaux 1.

M. Sée, ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu vice-président.

M. Périer est nommé premier secrétaire par 23 voix, M. Championnière second secrétaire par 14 voix.

M. Terrier est maintenu dans ses fonctions d'archiviste et M. Berger dans celles de trésorier.

Comité secret.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire,

NICAISE.

TABLE DES MATIÈRES.

A

B

C

Pages

D

E

Pages

F

G

H

I

K

Pages

L

M

N

O

P

R

S

Pages

T

U

V

———

TABLE DES AUTEURS.

Q

R

S

T

V

Z

82